

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

RENÉE COUTURE

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ENGAGEMENT VITAL ET PSYCHOPATHOLOGIE:

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

MARS 1995

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

### Remerciements

J'aimerais remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation de cette recherche. Tout d'abord, des remerciements à Mme Marie-Claude Denis pour ses conseils et son chaleureux support en tant que directrice; Mesdames Micheline Beauchêsne, Rolande Beaulieu et Louise Lauzière pour leur disponibilité et leurs compétences dans la cotation des souvenirs anciens. J'aimerais aussi remercier tous les thérapeutes et clients ayant participé à l'expérimentation. Grâce à leur générosité et leur ouverture, il a été possible d'avoir accès au précieux matériel clinique que sont les souvenirs anciens.

## Sommaire

La présente recherche est une étude préliminaire de type exploratoire cherchant à investiguer les possibilités psychodiagnostiques de la *Grille d'évaluation de l'engagement vital* (GEEV) (Leblanc et Denis, 1991, 1993). La GEEV est une grille d'évaluation du souvenir ancien analysant la description que le sujet fait de lui-même, des autres et de son agir, à l'intérieur de son souvenir. Les dimensions de la grille : présence à soi (D1), ouverture aux autres (D2) et agir (D3) présentent des similitudes avec les déterminants d'une bonne santé mentale, tels que conçus par plusieurs auteurs, notamment aux notions de compétence émotionnelle et d'aptitudes sociales (Buck, 1991) ainsi qu'aux polarités soi-autrui et activité-passivité de Millon (1969, 1981). Afin d'en investiguer les possibilités psychodiagnostiques, les résultats obtenus sur la GEEV par soixante-huit sujets en thérapie ont été comparés aux résultats obtenus par les sujets au *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*. Les scores obtenus sur chacune des dimensions de la GEEV ont été mis en lien avec les résultats au MCMI dans le but de vérifier si la GEEV distinguent les sujets (1) selon le degré de sévérité des difficultés psychologiques dont ils souffrent (2) selon leur position sur les polarités soi-autrui et activité-passivité (3) selon leur diagnostic. Les calculs ont été principalement effectués par le biais d'analyses corrélationnelles et de variances (Test-T et Oneway). Les résultats indiquent que D1 distingue certaines catégories diagnostiques mais n'offre pas d'indices quant au degré de sévérité des difficultés psychologiques expérimentées par les sujets. Les résultats n'ont pas permis de

vérifier si les dimensions de la GEEV concordent avec la polarité soi-autrui et activité-passivité de Millon. Cependant, ils indiquent que des scores forts sur D2 et faibles sur D1 sont reliés à des résultats élevés sur l'échelle de dépendance passive du MCMI. À ce point, la GEEV n'est pas recommandée en tant que mesure psychodiagnostique, les liens entre la GEEV et le MCMI étant relativement peu nombreux et encore mal définis. Bien que l'investigation ait été limitée par un nombre restreint de sujets, elle offre des avenues intéressantes pour la recherche. Des recommandations pour les études à venir sont proposées notamment quant au choix des sujets, aux variables à contrôler, à la modification de la consigne ainsi qu'à l'utilisation de matériel écrit plutôt que verbal.

## Table des matières

INTRODUCTION . . . . .	1
CONTEXTE THÉORIQUE . . . . .	5
Mesures Psychodiagnostiques Traditionnelles . . . . .	7
Insatisfactions Reliées aux Mesures Diagnostiques Traditionnelles . . . . .	7
Rigidité . . . . .	8
Inutilité clinique . . . . .	8
Limites floues . . . . .	9
Points aveugles . . . . .	9
Incohérences . . . . .	9
Recommandations : Sortir du Modèle Psychopathologique . . . . .	10
Perspective Interpersonnelle . . . . .	11
Vers une Taxonomie Interpersonnelle . . . . .	11
Notions théoriques . . . . .	11
Variables interpersonnelles et mesures de santé . . . . .	15
Relations Interpersonnelles et Développement Social . . . . .	16
Compétence émotionnelle . . . . .	18
Aptitudes sociales et compétence émotionnelle . . . . .	20
Santé : conscience émotionnelle, perception d'autrui et capacité d'action . . . . .	23
Vers une Mesure Projective des Relations Interpersonnelles . . . . .	24
Présence à soi . . . . .	25
Ouverture à l'autre . . . . .	26
Agir . . . . .	26

Table des matières (suite)

Les Souvenirs Anciens . . . . .	27
Aspect Théorique . . . . .	27
Souvenir Ancien et Psychodiagnostic . . . . .	29
Tonalité émotive . . . . .	29
Contenu . . . . .	30
Age et nombre de souvenirs . . . . .	30
Relations interpersonnelles . . . . .	31
GEEV et Exploration Psychodiagnostique . . . . .	32
La Théorie de l'Apprentissage Bio-social de Millon et la GEEV . . . . .	33
Théorie de l'Apprentissage Bio-social de Millon . . . . .	33
Polarité activité-passivité . . . . .	34
Polarité soi-autrui . . . . .	34
La Théorie de Millon et la Perspective Interpersonnelle . . . . .	37
Recherche de Type Exploratoire : GEEV et MCMI . . . . .	38
MÉTHODE . . . . .	43
Sujets . . . . .	44
Matériel Utilisé . . . . .	45
Instruments de Mesure . . . . .	45
Millon Clinical Multiaxial Inventory ou MCMI (Millon, 1981) . . . .	45
Description . . . . .	45
Qualités psychométriques . . . . .	48
Fidélité test-retest . . . . .	48
Consistance interne . . . . .	48
Validité interne . . . . .	48
Validité externe . . . . .	49

Table des matières (suite)

La Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital GEEV (Leblanc et Denis, 1993) . . . . .	51
Déroulement . . . . .	52
Recrutement des Thérapeutes Participants . . . . .	52
Recrutement des Sujets . . . . .	53
Déroulement de l'Expérimentation . . . . .	53
Correction du Matériel et Cueillette des Données . . . . .	54
RÉSULTATS . . . . .	55
Le Traitement des Données . . . . .	56
Analyses Préliminaires . . . . .	56
Analyses Reliées aux Questions de Recherche . . . . .	56
Analyse des Résultats . . . . .	64
Résultats des Analyses Préliminaires . . . . .	64
Analyses préliminaires reliées aux dimensions de la GEEV . . . . .	64
Analyses préliminaires reliées au MCMI . . . . .	65
Analyse des Résultats Associés aux Questions de Recherche . . . . .	66
DISCUSSION . . . . .	77
Discussion des Résultats Associés à la Question 1 . . . . .	78
Discussion des Résultats Associés à la Question 2 . . . . .	79
Discussion des Résultats Associés à la Question 3 . . . . .	82
Résumé et Recommandations . . . . .	85



Table des matières (suite)

Résumé . . . . .	85
Indices Diagnostiques . . . . .	85
Recommandations . . . . .	86
CONCLUSION . . . . .	89
RÉFÉRENCES . . . . .	92
ANNEXE I - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU MCMI	

## INTRODUCTION

De récentes revues de littérature font mention d'insatisfactions reliées aux mesures diagnostiques traditionnelles surtout en ce qui concerne leur insistance sur la partie problématique de l'individu. La nouvelle tendance en évaluation vise l'étude de traits représentatifs d'une bonne santé mentale, traits pouvant être mesurés sur le continuum santé-maladie. Leblanc et Denis (1993) ont élaboré un instrument de mesure à trois dimensions appelée la Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital (GEEV). Cette grille présente des similitudes avec les déterminants d'une bonne santé mentale tels que conçus par plusieurs auteurs, plus particulièrement avec les notions de compétence émotive et d'aptitudes sociales (Buck, 1991) ainsi qu'aux polarités soi-autrui et activité-passivité de Millon (1969, 1981). De plus, l'aspect projectif de la GEEV et son intérêt pour les composantes interpersonnelles sont liés de près à la nouvelle tendance cherchant à évaluer l'individu à partir de traits communs aux notions de santé et de maladie mentale, à travers des informations autobiographiques. La GEEV analyse le souvenir ancien à travers trois dimensions soit la proximité à soi (D1), l'ouverture à l'autre (D2) et l'agir (D3). Elle tente d'évaluer le niveau d'engagement que le sujet démontre envers lui-même, les autres et dans son action à partir d'un souvenir ancien.

La majorité des clients consultent soit parce qu'ils éprouvent des difficultés interpersonnelles, soit parce qu'ils se sentent seuls. Souvent à leur insu, ils sont à la recherche de moyens leur permettant d'investir, de désinvestir ou de maintenir des

relations avec les personnes de leur entourage présent ou passé. Les thérapeutes intéressés à la psychologie interpersonnelle considèrent le lien thérapeutique comme le reflet de la façon dont le client investit son entourage. Ils essaient donc de cibler le plus rapidement possible les éléments qui facilitent ou qui empêchent le client d'accéder à un mode de fonctionnement harmonieux et productif. L'utilisation d'un instrument permettant d'avoir rapidement accès à du matériel autobiographique et à des déterminants d'un fonctionnement sain, sans faire ressurgir des éléments de méfiance de la part du client pourrait s'avérer utile. L'utilisation du souvenir ancien en tant que mesure projective n'est pas nouvelle. Cependant, l'interprétation du souvenir ancien par la GEEV est originale en ce qu'elle recherche des informations associées au processus relationnel plus qu'au contenu. Elle fait donc rêver à la possibilité de rallier enfin, des éléments théoriques à la fois aux mesures et aux modes d'intervention appropriés (Denis, 1992).

Cette recherche est une étude préliminaire de type exploratoire, investiguant les possibilités diagnostiques de la GEEV. Pour ce faire, les résultats obtenus sur les dimensions de la grille par soixante huit sujets en thérapie ont été comparés aux résultats obtenus par les sujets sur le MCMI. Le MCMI est une mesure diagnostique opérationnalisée par Millon (1983) à partir d'une théorie considérant la personnalité comme le reflet de l'interaction des polarités soi-autrui et activité-passivité. Les résultats sur la GEEV seront donc étudiés à la fois en termes de leur signification diagnostique et en

rapport avec leur degré d'association avec les polarités soi-autrui et activité-passivité de Millon.

Ce rapport de recherche comprend quatre chapitres. Le premier chapitre «Contexte théorique» traitera des notions théoriques concernant la santé et la maladie mentale à travers des concepts reliés aux relations interpersonnelles et plus particulièrement à travers les concepts de compétence émotionnelle et d'aptitudes sociales. Il traitera aussi des informations fournies par des mesures autobiographiques tel le plus ancien souvenir. De plus, il discutera la pertinence d'utiliser le MCMI comme mesure comparative. Le second chapitre «Méthode» fournira des informations concernant l'échantillon, les procédures ainsi que le schéma expérimental utilisé. Le troisième chapitre «Résultats» présentera une description des variables utilisées ainsi que les résultats de recherche. Le quatrième chapitre «Discussion» traitera des résultats de recherche en les reliant aux éléments théoriques déjà présentés; des avantages et des limites de la présente étude; ainsi que de quelques recommandations.

## CONTEXTE THÉORIQUE

Depuis ses débuts, le domaine de la psychologie a voué son attention à la conceptualisation et à la théorie concernant la santé mentale, la normalité, ainsi qu'aux concepts qui y sont reliés. Bien que l'on soit aujourd'hui unanime concernant l'existence d'une limite séparant le normal du pathologique, Widiger et Trull (1991) dénoncent encore l'absence de définition explicite de ce qu'est la maladie mentale, et qui plus est de la santé proprement dite. Par conséquent, très peu de données empiriques sont disponibles concernant les éléments positifs d'une bonne santé mentale.

La perspective interpersonnelle, initiée par Sullivan (1953) offre des avenues intéressantes pour l'établissement de critères représentatifs d'une bonne santé mentale. De plus, elle a entraîné la conception d'instruments traditionnels comme projectifs mesurant l'individu à travers une dimension commune aux notions de santé et de maladie mentale.

La *Grille d'évaluation de l'engagement vital* (GEEV) (Leblanc et Denis, 1993) est une grille d'analyse du souvenir ancien qui étudie le sujet à travers trois dimensions présentant des similitudes avec la perspective interpersonnelle. La GEEV sera donc décrite ici en vue d'une étude préliminaire explorant ses possibilités psychodiagnostiques.

## Mesures Psychodiagnostiques Traditionnelles

Les psychologues cherchent, depuis longtemps, à définir la zone délimitant le normal du pathologique. Traditionnellement, leur intérêt fut porté vers la psychopathologie, c'est-à-dire l'étude de la partie malade ou problématique de l'individu. La maladie y était détectée principalement à partir des agissements de la personne (McReynold, 1989). L'attention s'est tournée vers l'évaluation diagnostique et plusieurs instruments de mesure ont été développés afin de mieux détecter et différencier les problèmes mentaux.

Récemment, plusieurs revues de littérature ont fait état des controverses concernant l'utilité et la fiabilité de certains types de mesures (p. ex., Wiggins, Aaron et Pincus 1992; McReynold, 1989; Magnusson et Torestad, 1993).

### Insatisfactions Reliées aux Mesures Diagnostiques Traditionnelles

Alors que certains auteurs se disent satisfaits des progrès psychodiagnostiques (p. ex., Klerman, 1983; Millon et Klerman, 1986; Robins et Helzer, 1986), d'autres font des critiques incisives à l'égard des systèmes d'évaluation utilisés, plus particulièrement du système DSM (p. ex., Eysenck, 1986, Garfield, 1986; Vaillant, 1984 cités dans McReynold, 1989). De différentes façons, les mécontents dénoncent la rigidité, l'inutilité clinique, les limites floues, les points aveugles et les incohérences des systèmes diagnostiques par catégories comme le DSM.



### Rigidité

En effet, l'APA (1987) ainsi que Skodol et Spitzer (1987) recommandent d'être non-théorique lors de la conception d'un outil diagnostique. Cependant, selon Schwartz et Wiggins (1986), il est utopique de croire qu'il soit possible de construire un système diagnostique théoriquement neutre. De plus, la tendance à la catégorisation diagnostique rend les systèmes de plus en plus lourds et de plus en plus rigides, les lacunes des outils précédents étant souvent comblées par l'ajout de nouvelles catégories plutôt que par la flexibilité des catégories existantes.

### Inutilité clinique

Plusieurs auteurs mettent en doute l'utilité clinique de la détermination d'un diagnostic formel lors du processus d'évaluation (p. ex., McReynold, 1989). D'ailleurs, l'enquête de Jampala, Sierles et Taylor (1988) révèle que seulement cinquante-six pour-cent des psychiatres utilisant le DSM en sont satisfaits. De plus, McReynold (1989) stipule que bien que la distinction entre certaines catégories diagnostiques soit utile à des fins particulières (p. ex., assurance, choix de milieux carcéraux) à l'intérieur de contextes particuliers, l'accent sur la distinction diagnostique ainsi que l'obstination à rechercher une mesure diagnostique à fonction multidisciplinaire amènent à négliger la reconnaissance de traits communs entre ces mêmes catégories.

### Limites floues

On note la fréquence des diagnostics retrouvés à l'intérieur de catégories dites résiduelles ou atypiques, catégories que Cloninger (1989) qualifie de «poubelles diagnostiques» dénonçant ainsi l'inadéquacité des systèmes par catégories.

### Points aveugles

Le *Group for the advancement of psychiatry committee of family* (GAPCE) (1989) déplore le peu de reconnaissance accordée aux pathologies sociales et relationnelles à l'intérieur des systèmes diagnostiques traditionnels. Pourtant, la majorité des clients consultent pour des souffrances reliées à ces domaines. Gilbert et Gilbert (1991) notent que de façon ironique, la maladie mentale est définie en terme de symptômes bien que des stratégies relationnelles soient induites pour inciter au changement et que des éléments relationnels soient considérés comme des indices de changement.

### Incohérences

L'étude de Soldz, Budman, Demby et Merry (1993) conclut au manque d'entente entre divers instruments de mesure. Les résultats indiquent que l'on s'entend mieux sur l'absence de maladie mentale que sur la détermination d'un diagnostic formel. Paradoxalement, les concepteurs de ces instruments suggèrent aux utilisateurs une grande prudence lorsque les résultats se situent à l'intérieur de la zone de normalité, les instruments ayant été conçus pour mesurer la maladie mentale et non la normalité.

En fait, ne reconnaissons-nous pas les indices d'un système en difficulté? Une perception purement pathologique semble avoir contaminé l'évaluation elle-même et, dans ce sens, des modifications sont suggérées.

### Recommandations : Sortir du Modèle Psychopathologique

Pour obtenir une perception plus juste de la personne, il est recommandé de sortir du modèle psychopathologique. Plusieurs auteurs proposent un changement de cap vers la recherche de critères représentatifs d'une bonne santé mentale plutôt que vers l'identification de problèmes (Astracham, 1979; Offer et Sabshins, 1979; Boorse, 1976; Denis, 1992). Meehl (1986) suggère des alternatives aux systèmes diagnostiques traditionnels. Il stipule que nous en connaissons trop peu sur la maladie mentale pour nous fier à un système exclusif.

Selon Wiggins, Aaron et Pincus (1992), l'étude de la personnalité tend à revenir aux notions de base sur les traces d'Allport, Cattell, Murray et Thurstone et plus spécifiquement sur la notion de traits de personnalité. John and Robins (1992) prédisent que cette tendance durera encore pendant un certain temps, la notion de traits étant celle qui définit le mieux la personnalité.

Offer et Sabshin (1984) suggèrent le nom de «normatology» (p. 362) pour représenter le domaine qui recherche des critères représentatifs d'une bonne santé mentale. Bien que pour Jahoda (1958), santé et maladie ne peuvent être à l'opposé d'une dimension unique, des relations significatives ont été trouvées entre la pathologie et des

faiblesses sur plusieurs échelles de personnalité telles que mesurées par le PF 16. Les auteurs recommandent la poursuite de la recherche de traits représentatifs d'une bonne santé mentale, traits pouvant être mesurés sur le continuum santé-maladie.

### Perspective Interpersonnelle

Les traits de personnalité peuvent être étudiés à partir de perspectives différentes. Alors que certains focalisent sur l'aspect comportemental, d'autres focalisent sur l'aspect cognitif, biologique ou émotif. Depuis une bonne vingtaine d'années, l'aspect interpersonnel a suscité beaucoup d'intérêt.

Selon les auteurs tels Carson (1969) et Mischel (1986), les variables avec des référents interpersonnels offrent des avenues fort intéressantes lorsqu'il s'agit de recherche sur la personnalité. De plus, Wiggins et Trapnell (1992) considèrent que la sphère interpersonnelle a récemment engagé la plus stimulante des explications d'une composante du construit de personnalité. Plusieurs instruments ont été développés afin de mesurer de telles variables (Kiesler, 1982).

### Vers une Taxonomie Interpersonnelle

#### Notions théoriques

La perspective interpersonnelle a grandi à travers les écrits néo-freudiens de Fromm, Horney et Reichmann et de façon plus importante encore, à partir des écrits de Sullivan (1953). Ce dernier fut le premier clinicien à focaliser sur la relation client-

thérapeute en tant que lieu de reflet de la façon dont le client structure son monde extérieur.

Il fut sans doute le plus convaincant dans sa justification d'une taxonomie interpersonnelle en intégrant dans ses recommandations l'aspect théorique à un aspect fondamentalement humain. C'est ainsi qu'il suggère l'utilisation d'une dimension unique pour représenter l'individu, soit-il en santé ou malade :

(Traduction libre) Nous sommes d'abord et avant tout des humains, que nous soyons heureux et populaires, satisfaits ou détachés, misérables ou mentalement déséquilibrés ou qui que ce soit... Cependant, nous pourrions nous attendre à ce que toute personnalité humaine, qu'elle soit adaptée ou non, soit décrite et mesurée selon des dimensions communes. (P. Sullivan, 1953)

Comme le mentionne Sullivan, une perspective interpersonnelle est avantageuse puisqu'en plus de représenter la personnalité sous un aspect essentiel, elle peut se mesurer sur un continuum. Même les profanes de la psychologie n'évaluent-ils pas intuitivement le dérangement mental à partir de l'effet nocif que certains individus produisent sur leur entourage? En outre, n'évaluent-ils pas la santé à partir de la satisfaction d'être en contact avec des personnes aimables et chaleureuses? De plus, la perspective interpersonnelle semble donner plus de cohésion aux notions de santé, de maladie ainsi qu'à l'application de stratégies cliniques mieux adaptées.

D'autres, sur les traces de Sullivan ont appuyé une taxonomie interpersonnelle.

Alors que Wilber (1983) considère l'expérience de faire un avec l'univers comme représentant l'ultime but du développement, Bandura (1978) associe santé à réciprocité. Sarano (1966), de son côté, considère la solitude comme la seule maladie de l'homme. Pour ce dernier, la santé réside dans la capacité d'aimer et de se savoir aimé. D'une façon toute aussi convaincante, quoique moins théorique, Beier et Valens (1975) décrivent l'aspect vital des contacts interpersonnels en ces termes :

(Traduction libre) Nous avons besoin d'investir avec autrui et nous pouvons aller très loin pour que ceci se produise; nous préférons l'investissement dans l'amour, mais si cela nous échappe, la haine fera l'affaire. (Beier et Valens, 1975, p. 16 et 17)

Dans la même voie, Cairns & Green (1979) considèrent les relations interpersonnelles comme prérequis au fonctionnement normal. Selon ces auteurs, le contact avec autrui est nécessaire pour le développement du langage en tant qu'outil pour penser et communiquer; pour une perception juste d'autrui versus une perception projective du self; et pour l'intégration des valeurs morales.

Kiesler (1982), de son côté, stipule que la santé émotionnelle et le bien-être psychologique dépendent de l'adéquation des relations interpersonnelles. Pour celui-ci, des relations interpersonnelles adéquates trouvent leur origine dans l'habilité à communiquer clairement et leur finalité dans l'habilité à établir et à maintenir des relations intimes. Ces dernières sont définies par Benjamin (1984) comme des relations où l'un s'occupe de ses propres besoins, réactions et états, à peu près aussi souvent qu'il s'occupe de ceux d'autrui.

Offer et Sabshin (1984) notent que bien que de saines relations interpersonnelles soient essentielles au fonctionnement normal, elles ne suffisent pas. Une des quatre perspectives de la normalité, selon ces auteurs, est la normalité en tant que système transactionnel. Selon leur perspective, le fonctionnement normal résulte de l'interaction de systèmes qui se modifient à travers le temps. Pour Offer et Sabshin, la qualité de l'interaction individu-environnement représente un bon prédicteur de la santé et elle dépend aussi de la capacité d'action de l'individu. Lorsque l'environnement devient instable, l'individu doit effectuer des changements rapides. Il doit donc avoir la capacité de s'investir dans des comportements productifs pour effectuer les changements requis. La santé implique donc, d'une part, de saines relations interpersonnelles et des comportements productifs.

Jusqu'à présent, plusieurs instruments ont été développés afin de mesurer des variables interpersonnelles. Le premier instrument, le *Cercle Interpersonnel*, fut construit par Leary en 1957. Depuis, plusieurs instruments ont été conçus afin d'opérationnaliser des variables interpersonnelles. Pour n'en citer que quelques-uns : le *Structural analysis of social behavior (SASB)* (Benjamin), le *Interpersonal style inventory (ISI)* (Lorr, Bishop & McNair, 1965), l'*Inventory of interpersonal problems (IPP)* (Horowitz, 1979) et toutes les mesures du réseau social.

### Variables interpersonnelles et mesures de santé

Plusieurs études ont mis la dimension interpersonnelle à l'épreuve afin de vérifier si elle peut être reliée au concept de santé. Les résultats indiquent que des relations satisfaisantes avec autrui étaient reliées à la santé mentale comme physique dans bon nombre de recherches sur le réseau social (Will, 1984; Wortman et Dunker-Schetter, 1987).

De façon plus spécifique, les lacunes interpersonnelles ont été reliées à des troubles particuliers (Pincus et Wiggins, 1990a). La consistance des résultats laisse croire qu'une partie des troubles de la personnalité sont systématiquement reliés à des problèmes interpersonnels. La dimension interpersonnelle semble centrale aux personnalités histrionique, narcissique, dépendante, évitante, schizoïde et antisociale (Wiggins, Aaron & Pincus, 1992). De plus, les résultats de Leaf, Allington, Ellis, Digiuseppe et al. (1992) révèlent que trente pour cent de la variance du nombre de problèmes sociaux majeurs expérimentés par les sujets sont dus à des types de personnalités dysfonctionnelles telles que mesurées par le MCMI. Cette étude révèle aussi que les symptômes cliniques sont reliés à plusieurs problèmes sociaux majeurs (Leaf et Collegues, 1992).

Une taxonomie interpersonnelle est donc avantageuse. En plus d'offrir une zone commune au concept de santé et de maladie, elle offre de bons indices du niveau et du type de pathologie, du degré de symptômes cliniques ainsi que de la capacité globale de l'individu.



Les mesures énumérées plus haut utilisent surtout des indices comportementaux en tant qu'indicateurs du type relationnel. Les théories du développement social et plus spécifiquement les notions de compétence émotionnelle et d'aptitudes sociales, dont il sera question dans la section qui suit, offrent une vision plus éclectique des relations interpersonnelles. En effet, elles permettent de considérer les relations interpersonnelles à travers les aspects émotionnels, perceptuels et comportementaux et de saisir l'interaction entre ces divers aspects. De plus, elles donneront accès aux principaux déterminants d'un processus interpersonnel adapté.

### Relations Interpersonnelles et Développement Social

Selon Newman (1976), il serait difficile de discuter de relations interpersonnelles sans faire mention de développement social puisque celui-ci aura des répercussions sur le style interpersonnel individuel.

Selon Gilbert (1991), le concept d'aptitudes sociales est celui qui se rapproche le plus de celui des relations interpersonnelles. Ce même auteur stipule qu'il existe autant de définitions des aptitudes sociales qu'il existe de façon d'opérationnaliser ce concept. Nous ne retiendrons ici que celles de Bellack et Hersen (1977) et celles de Schlundt et McFall (1985).

Bellack et Hersen (1977) définissent les aptitudes sociales comme l'habileté individuelle à exprimer diverses émotions à l'intérieur d'un contexte interpersonnel sans pour autant souffrir des pertes dues au renforcement social, et ce, dans une large variété

de contextes interpersonnels. Pour ces auteurs, la notion d'aptitudes sociales est donc intrinsèquement reliée à l'expressivité émotionnelle, à la notion de communication et d'intimité interpersonnelle.

Pour Schlundt et McFall (1985), le développement des aptitudes sociales s'effectue par l'apprentissage de comportements appropriés et productifs. Il nécessite le développement d'habiletés spécifiques afin de percevoir adéquatement l'entourage et de savoir négocier efficacement avec celui-ci. Pour ces auteurs, les aptitudes sociales réfèrent à des aptitudes interpersonnelles et à des comportements productifs.

Comme il est mentionné plus haut, Bellack et Hersen (1977) définissent les aptitudes sociales en terme d'aptitudes à exprimer des émotions à l'intérieur de contextes interpersonnels. Selon Buck (1988, 1991), le concept d'expressivité émotionnelle est si central aux aptitudes sociales que les deux concepts sont souvent confondus.

Buck reconnaît l'existence d'une forte interaction entre l'expressivité émotionnelle et les aptitudes sociales. Cependant, il distingue clairement ces deux concepts. Pour celui-ci, la notion d'expressivité émotionnelle fait partie d'un concept plus large appelé compétence émotionnelle, cette dernière ayant des répercussions sur les aptitudes sociales et vice versa. Il définit la compétence émotionnelle comme l'habileté à savoir reconnaître et à négocier avec l'environnement interne de l'individu, c.-à-d. avec ses besoins, émotions et désirs. Il définit les aptitudes sociales comme l'habileté à savoir reconnaître autrui tel qu'il est afin de pouvoir négocier efficacement avec ce dernier.

Selon le modèle de Buck, la psychopathologie résulte d'un déficit en termes de compétence émotionnelle et/ou d'aptitudes sociales. Elle peut aussi résulter d'un contexte où le tempérament est incompatible avec l'environnement. Pour Buck, les caractéristiques développementales impliquant l'expressivité émotionnelle sont très importantes lorsqu'on discute d'aptitudes sociales. Il établit la jonction entre la compétence émotionnelle et les aptitudes sociales à l'intérieur de la théorie *Développementale interactionniste de l'émotion* (Buck, 1988, 1991).

### Compétence émotionnelle

Avant de discuter de la notion de compétence émotionnelle, il serait important de définir les émotions elles-mêmes. Selon Oatley, Johnson et Lairds (1987), les émotions seraient des communications à soi et à autrui. En tant que *Communications à soi*, elles signalent l'arrivée de situations touchant des objectifs relativement importants pour l'individu. En tant que *communication à autrui*, elles servent à éclaircir ces objectifs et à établir des liens interpersonnels.

Fridja (1986) considère les émotions comme des changements dans l'empressement à l'action. Elles auraient pour fonction de mettre des priorités sur les objectifs individuels. Elles sont à l'origine d'intentions et de changements d'intentions. Elles sont, par conséquent, initiatrices d'actions. Les émotions serviraient à insérer et maintenir conscientes des informations concernant les événements qui les causent ainsi que sur les conséquences de ces événements. De plus, elles affectent nos actions et les actions d'autrui (Oatley, 1992).

La plupart des auteurs s'entendent pour dire que les émotions sont généralement provoquées par des situations représentant des objectifs relativement importants pour un individu. En effet, la présence d'émotions plus ou moins intenses indiquent que l'individu est plus ou moins rejoint par des besoins personnels, interpersonnels ou culturels. Des situations aussi banales qu'elles puissent sembler peuvent susciter chez la personne des émotions de tonalité et d'intensité différentes. Par exemple, alors que la période de la chute des feuilles peut engendrer chez l'un la joie de l'émerveillement ou de la contemplation devant tant de couleurs riches, rejoignant chez lui des objectifs d'harmonie ou d'esthétisme; chez l'autre, elle peut engendrer un profond sentiment de tristesse rejoignant des objectifs reliés aux pertes ou au danger de perdre. Selon Lutz (1987), ces objectifs sont souvent universels. Les émotions négatives surviennent avec l'avènement de situations rejoignant les zones suivantes chez l'individu : des conflits objectifs, un viol des standards culturels, un danger pour l'ego ou pour les personnes significatives, la perte ou le danger de perdre et le besoin d'obtenir des ressources réelles ou ressenties. Toujours selon Lutz (1987), les émotions positives surviendraient lors de la résolution de tels problèmes.

Alors que les émotions négatives engendrent un désir de cessation, les émotions positives engendrent un désir de poursuivre l'action en cours (Thoits, 1989).

On appelle conscience émotionnelle, la capacité d'un individu à reconnaître ses émotions ainsi qu'à les relier à leurs objectifs sous-jacents (Oatley, 1992). Elle a pour fonction d'augmenter notre habilité à expliquer et à planifier notre agir. En effet,

puisque les émotions indiquent la présence d'objectifs relativement importants, un accroissement de la conscience de ses émotions rendra l'individu plus conscient de ses objectifs. Celui-ci aura donc une vision plus éclairée de la meilleure façon d'agir pour rencontrer ses objectifs ou des limites personnelles, interpersonnelles ou situationnelles l'empêchant de les atteindre.

Buck définit la compétence émotionnelle comme l'habilité à savoir et à négocier avec l'environnement interne de l'individu. Elle implique, d'une part, une bonne conscience émotionnelle et, d'autre part, une bonne capacité à exprimer ces émotions. L'expressivité émotionnelle a pour fonction de libérer l'individu de ses tensions, d'éclaircir par la communication ses objectifs et d'établir des contacts interpersonnels.

L'augmentation de la conscience émotionnelle a été reliée à un fonctionnement accru (Greenberg et Safran, 1989) ainsi qu'à l'accroissement de la créativité (Scheff, 1987). Greer et Watson (1985) ont émis l'hypothèse qu'une baisse d'expressivité émotionnelle, particulièrement de la colère pourrait être associée à la suppression immunologique encourageant le développement du cancer.

#### Aptitudes sociales et compétence émotionnelle

Buck (1991) définit les aptitudes sociales comme «l'habilité à savoir et à négocier efficacement avec autrui». Elles impliquent la reconnaissance d'autrui ainsi que des habilités pour pouvoir interagir efficacement avec celui-ci. Buck détermine les composantes des aptitudes sociales ainsi que le lieu de jonction entre la compétence

émotive et les aptitudes sociales en utilisant les notions de communication interpersonnelle.

La reconnaissance d'autrui fait référence à une perception adéquate de l'autre. Selon Argyle (1981, 1986), l'habileté à percevoir l'autre tel qu'il est dépend de l'ouverture du sujet envers autrui, démontrée par sa capacité à recevoir du matériel verbal et non verbal émis par l'entourage. Cependant, une perception différenciée d'autrui est basée non seulement sur des aptitudes en tant que receveur, mais aussi a des aptitudes en tant qu'émetteur (Argyle, Hendersen et Furnam, 1985).

En effet, selon ces auteurs, la meilleure façon d'être un bon receveur c'est d'être un bon émetteur. Un émetteur adéquat sera expressif, encourageant ainsi l'entourage à être expressif. De plus, il sera alerte à recevoir les indices d'autrui et sera en mesure de répondre de façon appropriée à ces indices. Ainsi, il obtiendra plus d'informations sur lui-même et sur autrui, ce qui lui permettra, d'une part, de mieux se connaître et, d'autre part, de percevoir les autres tels qu'ils sont.

Selon Buck (1988, 1991), le tempérament détermine l'expressivité globale de l'individu et ce niveau d'expressivité aura des implications émotives et sociales. En effet, toujours selon cet auteur, l'enfant expressif obtiendra du feed-back concernant son état émotif et, de plus, il obtiendra de l'information concernant son entourage. Il encouragera ainsi l'expressivité d'autrui et développera une base de plus en plus solide de jugement empathique.

Selon Sabatelli et Rubin (1986), les personnes considérées chaleureuses et aimables, et ce, indépendamment de leur apparence physique sont spontanément expressives. Ces auteurs distinguent l'expressivité spontanée de l'expressivité intentionnelle. Alors que la première est reliée à l'extraversion et à l'estime de soi, la seconde est reliée à la capacité d'acter et, par conséquent, au contrôle, à la dominance et inversement reliée à l'estime de soi (Argyle, 1988; Briggs, Cheek & Buss, 1980).

Selon Reardon et Buck (1989), l'expressivité spontanée devrait être reliée à l'habilité à s'adapter à de nouvelles situations et à négocier avec l'imprévu. De plus, elle permettrait d'établir et de maintenir un réseau social fort et mieux préparé à négocier avec la maladie (Sarason, Sarason Hacker et Basham, 1985).

L'expressivité émotive et la capacité d'activation sont toutes deux assujetties au niveau d'excitation (Eysenck, 1982; Zillman, 1979). Zillman (1979) stipule que les individus les mieux adaptés possèdent un niveau moyen d'excitation. Des niveaux extrêmes d'excitation pourraient avoir des répercussions sur l'interprétation des signaux internes comme externes. De plus, ils influencent les réactions d'autrui (Gilbert, 1991). Les individus avec des niveaux extrêmes d'excitation (trop bas ou trop élevé) réagissent soit de façon apathique, soit trop impulsivement. Ils éprouvent de la difficulté à considérer les conséquences de leurs actions sur eux-mêmes ou sur autrui. Des niveaux différents d'excitation pourraient donc avoir des répercussions sur la compétence émotive, les aptitudes sociales et sur la capacité d'action individuelle.

À ce jour, plusieurs recherches ont été effectuées concernant les aptitudes sociales. Cependant, peu de recherches sont disponibles concernant la compétence émotionnelle, bien que cette dernière semble centrale au concept de santé mentale puisqu'elle est reliée à la fois à de saines relations interpersonnelles et à des comportements productifs.

#### Santé : conscience émotionnelle, perception d'autrui et capacité d'action

Selon Offer et Sabshin (1984), de saines relations interpersonnelles et des comportements productifs offrent de bons indices de santé. Pour Buck (1991), la santé mentale est associée à la compétence émotionnelle et aux aptitudes sociales, ces deux notions étant assujetties au degré d'expressivité et ayant des répercussions à la fois sur les relations interpersonnelles et sur la productivité.

La compétence émotionnelle implique une conscience émotionnelle. L'accroissement de la conscience émotionnelle entraîne la reconnaissance d'objectifs personnels et interpersonnels. La reconnaissance de ses objectifs permet au sujet de choisir judicieusement ses agissements. La compétence émotionnelle permet donc à l'individu de mener ses objectifs dans une direction satisfaisante et productive.

Les aptitudes sociales impliquent une perception juste d'autrui. L'expressivité émotionnelle permet à l'individu de communiquer avec l'entourage. Par cette communication, il pourra éclaircir ses objectifs personnels et interpersonnels, augmentant ainsi sa conscience émotionnelle. De plus, l'ouverture du sujet à recevoir du feedback verbal et non



verbal lui permet d'obtenir une perception de mieux en mieux différenciée des autres. Il sera donc mieux préparé pour négocier de façon efficace avec son entourage.

Les comportements productifs sont associés à la capacité d'action. Celle-ci est déterminée, d'une part, par le tempéramment de la personne et, d'autre part, par sa compétence émotive. La capacité d'action permet à la fois d'initier des communications avec autrui, ainsi qu'à accueillir et interpréter le feed-back. De même, elle permet d'engendrer des actions différenciées afin de cheminer vers la satisfaction d'objectifs personnels et interpersonnels.

Vers une Mesure Projective des Relations Interpersonnelles :  
*La Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital (GEEV)*

Ces dernières années, Leblanc et Denis (1991, 1993) ont travaillé à la conception d'une grille d'analyse : la Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital (GEEV) dont les trois dimensions «présence à soi», «ouverture à l'autre» et «agir» présentent des similitudes avec les déterminants d'une bonne santé mentale discutés dans la section précédente. Cette grille fera l'objet de la présente recherche où nous tenterons d'en explorer les capacités diagnostiques.

Leblanc et Denis (1993) se sont questionnés sur le type de matériel convenant le mieux à l'application de la GEEV. Elles cherchaient à trouver un matériel narratif, facilement accessible en milieu clinique, «capable d'encapsuler la manière habituelle d'être et de faire de la personne» (Denis, 1992). Elles ont choisi d'utiliser le souvenir

ancien, un matériel projectif emprunté à la psychologie Adlérienne. Les notions théoriques et empiriques reliées à l'utilisation du souvenir ancien comme mesures projectives seront discutées plus loin.

### Présence à soi

La première dimension, présence à soi, analyse la place que le sujet fait accorder à son monde intérieur dans le souvenir ancien. Elle est évaluée à partir d'une échelle de type Likert à cinq niveaux. La cote la moins élevée (1) reflète l'absence ou le peu de présence du narrateur à l'intérieur du souvenir. La cote maximale (5) reflète la présence du narrateur à son expérience émotive. Elle est représentée par la mention d'appréciation, de besoins, de désirs, d'intentions ou de comportements clairement associés à l'émotion. Les cotes intermédiaires reflètent respectivement la présence du narrateur à l'intérieur du souvenir mais à des niveaux comportementaux et perceptuels (3) ou émotifs mais sans référer aux objectifs sous-jacents aux émotions mentionnées (4).

Cette dimension s'apparente aux notions de conscience et d'expressivité émotive. Elle présente des similitudes avec l'échelle d'experiencing de Gendlin (1967), une grille à sept niveaux fréquemment utilisée en milieu clinique. Récemment, les études de Jackson (1990) et Belisle (1991) ont démontré que certains niveaux de l'échelle de Gendlin n'ont pas été utilisés par les sujets de leur expérimentation. Lambert (1992) note que l'échelle de Gendlin présente des lacunes psychométriques, et elle propose l'utilisation de la dimension présence à soi à cinq niveaux.

### Ouverture à l'autre

La seconde dimension, ouverture à l'autre, analyse la place que le sujet accorde à autrui à l'intérieur du souvenir. Elle est aussi évaluée à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq niveaux. La cote minimale (1) reflète l'absence ou le peu de présence d'autrui dans le souvenir (1). La cote maximale (5) reflète la présence d'autrui avec des émotions et des intentions et/ou une mention de la compréhension des objectifs d'autrui sous-jacents aux émotions qui lui sont appropriées. Les cotes intermédiaires reflètent respectivement une description comportementale ou extérieure des autres (3); une description du monde intérieur d'autrui (caractéristiques personnelles, activités cognitives, perception, appréciations, etc.) sans référence au vécu affectif d'autrui et/ou des sentiments exprimés de façon impersonnelle (4).

Cette dimension s'apparente à la notion d'empathie. Selon Buck, les aptitudes sociales résultent de la reconnaissance d'autrui en tant qu'individu différent de soi et elle implique une ouverture afin de recevoir des indices verbaux ou non verbaux provenant des autres.

### Agir

La troisième dimension, agir, analyse le rôle à l'intérieur duquel le sujet se décrit dans l'action à l'intérieur de la narration. Elle est évaluée à l'aide d'une échelle à quatre niveaux. La cote minimale (1) reflète que le sujet est soit absent ou observateur de l'action décrite. La cote maximale (4) est le reflet d'une action intentionnelle motivée par des objectifs précis de la part du narrateur. Les cotes intermédiaires sont le reflet

d'un faible niveau d'activités (2), d'activités situationnelles et d'activités initiées par le narrateur mais non motivées (3).

Cette dimension présente des similitudes avec la notion de comportements productifs (Offer et Sabshin, 1984) ainsi qu'avec la notion de compétence émotive de Buck (1991).

Chaque dimension est cotée selon le manuel de cotation (Leblanc et Denis, 1993). La justification des cotes ainsi que les zones délimitant chacune d'elles font actuellement l'objet d'une thèse de doctorat (Leblanc, en cours).

La section qui suit présentera quelques éléments théoriques et empiriques concernant le souvenir ancien. L'utilisation du souvenir ancien comme matériel projectif n'est pas nouvelle. Cependant, l'analyse du souvenir ancien par la GEEV est originale en ce qu'elle cherche à évaluer la personne à travers des informations associées au processus relationnel plutôt qu'au contenu.

### Les Souvenirs Anciens

#### Aspect théorique

Les récents ouvrages d'Alexander (1990) et McAdams (1990) démontrent bien que l'étude des vies est une très bonne façon d'évaluer la personnalité. D'ailleurs, Wiggins, Aaron & Pincus (1992) notent que cette mesure à distance de la personnalité offre des indices de fidélité comparables à ceux d'instruments plus traditionnels. De plus, Watkins

(1992a) remarque une augmentation des recherches utilisant les souvenirs autobiographiques depuis quelques années.

Adler (1937) stipulait que les souvenirs anciens représentaient d'excellents indicateurs du style de vie, des besoins et des objectifs d'un individu. Les histoires racontées à un moment particulier étant représentatives du patron de personnalité. Ces dernières sont influencées à la fois par le caractère et la culture de l'individu. Les anciens souvenirs seraient des sélections, distorsions ou inventions du passé (Ansbacher et Ansbacher, 1956). Ils s'ajusteraient aux buts et intérêts présents pour la personne, qu'ils soient véridiques ou pures inventions de l'imagination (Baruth et Eckstein, 1978). Ils représenteraient une réorganisation des impressions passées et ils auraient comme fonction la satisfaction de besoins émotifs présents (Kvale, 1977; Lewis, 1973). Un seul souvenir suffirait à représenter le style individuel (Ansbacher et Ansbacher, 1956; St-Onge, 1989).

Jusqu'à récemment, peu d'hypothèses avaient été vérifiées concernant le processus mnésique impliqué dans le rappel d'informations générales comme autobiographiques. Aujourd'hui, le domaine de la psychologie cognitive a retenu deux hypothèses : celle de la congruence de l'humeur (Blaney, 1986) et celle de la dépendance à l'état (Conway, 1990). La première stipule que le matériel cognitif est assimilé ou remémoré plus facilement si l'humeur au rappel est équivalente à celle ressentie lors de l'acquisition du matériel. L'hypothèse de la dépendance à l'état stipule que la remémoration de tout matériel (cognitif ou émotif) est meilleure si l'humeur lors du rappel est la même que

lors de l'acquisition du matériel. Même si l'hypothèse de la congruence de l'humeur a reçu plus de support empirique que celle de la dépendance à l'état concernant l'acquisition de matériel cognitif, cette dernière semble mieux expliquer ce qui se passe lors de la remémoration de matériel autobiographique. En effet, avec le matériel autobiographique, l'événement remémoré serait relié de façon causale à l'humeur investiguée (Bower, 1987). De plus, les émotions par opposition à d'autres informations seraient emmagasinées en terme d'incidents autobiographiques au cours desquels des émotions particulières ont été ressenties (Conway, 1990).

#### Souvenir ancien et psychodiagnostic

Plusieurs recherches ont utilisé le souvenir ancien comme matériel projectif (Olson, 1972; Watkins, 1992). Les résultats de récentes recherches démontrent qu'il existe des relations significatives entre l'étude du souvenir ancien et certaines pathologies. Pour n'en citer que quelques-uns, des indices tels la tonalité émotive, les thèmes impliqués, l'âge de récollection, le nombre de souvenirs ainsi que les relations interpersonnelles seraient représentatifs d'éléments importants de la personnalité. Les résultats de cotation des anciens souvenirs ont aussi été confrontés aux résultats obtenus par d'autres instruments d'évaluation.

Tonalité émotive : Les résultats de Siedlitz et Diener (1993) indiquent que les gens heureux rapportent plus de souvenirs heureux que les sujets dépressifs. De même, la tonalité négative des souvenirs anciens a été reliée à la somatisation, à l'hostilité et aux idéations paranoïdes (Saunders & Norcross, 1988). Des différences significatives ont

aussi été rapportées concernant la tonalité émotive des souvenirs rapportés par les sujets névrotiques, borderlines et schizophrènes (Arnow et Harrison, 1991) ainsi qu'entre des sujets réprimeurs et des sujets anxieux (Davis et Schwartz, 1987).

Contenu : Bruhn et ses collègues ont accumulé un nombre impressionnant de résultats reliant les contenus des souvenirs anciens au lieu de contrôle (Bruhn, 1984, 92a, 92b), à la classification de la délinquance (Bruhn et Davidson, 1983) et au niveau de psychopathologie (Last et Bruhn, 1985).

Grunberg (1989) a relié les thèmes de victimisation, d'aliénation et de conflits au potentiel de comportements criminels. De plus, les thèmes indiquant des facteurs négatifs d'éducation ont été reliés à certains troubles de la personnalité, plus particulièrement à l'histrionie (Benjaminsen, Jorgensen, Hansen et Pedersen, 1984).

Selon Benjaminsen et al. (1984), les thèmes retrouvés dans les souvenirs anciens fournissent des indices diagnostiques fiables.

Age et nombre de souvenirs : Des corrélations positives ont été remarquées entre l'âge du sujet dans son souvenir et le niveau de répression émotive (Davis, Schwartz et Gary, 1987). Il a aussi été remarqué que les sujets non dépressifs rapportent spontanément plus de souvenirs que les sujets dépressifs.

Plusieurs relations significatives ont été trouvées entre le souvenir ancien et des variables du *TAT*, du *Rorschach*, du *Beck depression inventory*, du *MMPI* et

du *Eysenck personal questionnaire* (p. ex., Rose, Adcock, Ngairé, Mishal, 1983; Rosenheim, Mane et Rivka, 1984; Acklin, Bibb, Boyer et Jain, 1991).

Relations interpersonnelles : Plusieurs recherches ont étudié les relations interpersonnelles à l'intérieur de souvenirs anciens. Des indices tels la mention ou non de figures significatives, le rôle nominal des personnes significatives (père, mère, fratrie...), la perception qualitative de soi et d'autrui (positive ou négative) et le rôle joué par le sujet (domination, soumission, aliénation, etc.) ont été reliés à des éléments de personnalité (p. ex., Ackin, Bibb, Boyer & Jain, 1991; Mayman & Faris, 1960).

Acklin, Bibb, Boyer et Jain (1991) ont développé une échelle spécifiquement conçue pour évaluer la qualité des relations interpersonnelles telles que retrouvées dans le souvenir ancien. L'échelle appelée *The EM relationship scale* vise à opérationnaliser les épisodes relationnels contenus dans le souvenir. Cette échelle évalue la présence ou l'absence de trois scénarios typiques soit les tentatives de contrôle par le sujet, les interactions adultes (en tant que soignants) et enfants ainsi que les interactions du sujet avec la fratrie et/ou les pairs. Les dimensions encodées touchent à la perception de soi, des autres, à la cohérence de l'environnement et au type d'émotions associées au contact. Les dimensions encodées à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq niveaux représentent ainsi sur un continuum la qualité des relations interpersonnelles du sujet.

Acklin et al. (1991) ont comparé leur échelle à des mesures objectives de l'humeur, du style d'attachement et de la psychopathologie. À quelques exceptions près,



les résultats indiquent que l'échelle relationnelle est associée à des facteurs de santé et de maladie tels que mesurés par le MMPI et le Symptoms checklist.

L'ensemble des résultats donnent plus de support aux intuitions d'Adler (1937). Celui-ci stipulait que les souvenirs anciens reflétaient une vaste étendue des besoins de base, de l'état affectif, des mécanismes de défense, du fonctionnement de base et des relations d'objet. De plus, l'étude des relations interpersonnelles à l'intérieur de souvenirs anciens offrent des indices diagnostiques fiables.

### GEEV et Exploration Psychodiagnostique

La présente recherche est une étude préliminaire voulant vérifier si l'étude du souvenir ancien par la *Grille d'évaluation de l'engagement vital* offre des indications du type et du degré de pathologie expérimentés par les sujets en thérapie.

Comme il a été mentionné au départ, peu de mesures diagnostiques traditionnelles reconnaissent l'importance des variables interpersonnelles à l'intérieur de leur système d'évaluation. Cependant, Stack, Lorr, & Campbell (1990) stipulent que la dimension interpersonnelle peut être identifiée à l'intérieur d'instruments cherchant à opérationnaliser *La théorie de l'apprentissage biosocial* de Millon (1969, 1981). Le *Millon Clinical Multiaxial inventory (MCMI)* est un tel instrument.

Denis (1992) suggère que la Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital soit confrontée au MCMI puisqu'en plus d'être considéré comme un outil diagnostique fiable,

il a été opérationnalisé à partir de dimensions présentant des points communs avec les dimensions de la GEEV.

La prochaine section traitera de la théorie de l'Apprentissage Bio-social de Millon (1969, 1981), théorie sur laquelle repose la conception du MCMI. Elle mettra en évidence les composantes de la personnalité, selon Millon, en outre les polarités soi-autrui et activité-passivité.

### La Théorie de l'Apprentissage Bio-social de Millon et la GEEV

#### Théorie de l'Apprentissage Bio-social de Millon

Millon (1969, 1981) a élaboré une théorie de la personnalité appelée *La théorie de l'apprentissage biosocial*. Selon sa théorie, les comportements individuels ont pour fonction d'assurer la sécurité et le bien-être de la personne. Ils sont déterminés, d'une part, par des facteurs biologiques et, d'autre part, par l'apprentissage social d'où le nom de la théorie de l'apprentissage bio-social.

Pour Millon, la personnalité est issue de l'interaction de deux composantes reflétées par les polarités soi-autrui et activité-passivité. La première composante, la polarité activité-passivité, est concernée par l'attitude du sujet vis-à-vis les situations ou les personnes qui l'entourent. La seconde composante, la polarité soi-autrui, est concernée par le lieu où le sujet recherche la satisfaction de ses besoins. La tendance individuelle à prioriser un pôle plutôt qu'un autre résulte de facteurs bio-sociaux et elle

aura des répercussions sur le fonctionnement comportemental, émotif, cognitif et interpersonnel du sujet.

### Polarité activité-passivité

Comme mentionné ci-haut, la première composante touche l'attitude du sujet vis-à-vis les situations ou les personnes qui l'entourent. En effet, les individus peuvent présenter des attitudes différentes, tantôt passives, tantôt actives, dépendamment de leur état physique et de l'intérêt suscité par des contextes ou circonstances diverses. Cependant, ils démontreraient des prédispositions physiologiques à favoriser un pôle plutôt qu'un autre. Certaines personnes démontrent depuis leur enfance des dispositions à la passivité reflétées par l'apathie, le manque d'ambition, de persévérance et une tendance à la résignation. D'autres, à l'inverse, démontrent une attitude active, reflétée par un constant état d'alerte, une capacité à planifier, à contourner, à manipuler.

### Polarité soi-autrui

La seconde composante est concernée par le lieu à l'intérieur duquel l'individu recherche la satisfaction de ses besoins. Cette dimension est représentée par la polarité soi-autrui. Différents contextes ou situations peuvent amener la personne autonome à rechercher la satisfaction de ses besoins tantôt par elle-même, tantôt grâce à l'aide d'autrui. L'autonomie financière comme sociale est prérequis au bon fonctionnement dans plusieurs contextes. Cependant, le besoin de communication et d'intimité ainsi que l'avènement de circonstances dépassant l'individu nécessitent une capacité à entrer en

relation avec autrui. Certains facteurs éducatifs peuvent amener le sujet à prioriser un pôle plutôt qu'un autre.

Les personnes dites «dépendantes» favorisent le pôle autrui comme lieu principalement responsable de la satisfaction de leurs besoins. Les personnes dites «indépendantes» à l'opposé favorisent le pôle soi comme détenant la responsabilité de leurs besoins. Les personnes dites «ambivalentes» n'arrivent pas à choisir entre soi et autrui. Elles oscillent continuellement entre les deux pôles dans une constante indécision. Les personnes dites «détachées» démontrent peu d'intérêt ni pour leurs besoins, ni pour ceux des autres, leur objectif prioritaire en étant un de protection.

L'interaction des polarités activité-passivité et des polarités soi-autre forment les «personnalités de base». Elles sont représentées dans le tableau qui suit par les personnalités dépendante, histrionique, narcissique, anti-sociale, obsessionnelle, passive, agressive, schizoïde et évitante.

	DÉPENDANT	INDÉPENDANT	AMBIVALENT	DÉTACHÉ
PASSIF	Dépendant	Narcissique	Obsessif	Schizoïde
ACTIF	Histrionique	Antisociale	Passif-agressif	Évitant

Millon considère les personnalités schizotypique, borderline et paranoïde comme des «désordres sévères de la personnalité». Ces désordres représentent des formes plus ou moins décompensées des personnalités de base. Ainsi, le désordre schizotypique représente une forme plus ou moins décompensée des personnalités détachées, le désordre

de la personnalité borderline comme une forme plus ou moins décompensée des personnalités dépendantes et/ou ambivalentes et le désordre paranoïde comme une forme plus ou moins décompensée des personnalités indépendantes et/ou ambivalentes.

Millon a rassemblé les diagnostics de personnalité en trois grandes catégories. Le groupe «A» représente les personnalités dites bizarres ou excentriques. Il comprend les personnalités schizoïde, paranoïde et schizotypique. Le groupe «B» représente les personnalités dites dramatiques, émotionnelles ou erratiques. Il se compose des personnalités narcissique, borderline, anti-sociale et histrionique. Le groupe «C» représente les personnalités dites craintives ou anxieuses. Il se compose des personnalités obsessionnelle, passive-agressive, évitante et dépendante.

Chaque personnalité de base ainsi que chaque désordre sévère présente des caractéristiques de fonctionnement relativement spécifiques, reflétées par des différences dans les zones émotives, cognitives, comportementales et relationnelles du sujet. Ces catégories présentent, par le fait même, des ressources et des vulnérabilités différentes. Lorsque les circonstances ou contextes de la vie sollicitent les zones vulnérables des sujets, ceux-ci développent des symptômes ou syndromes cliniques. Les symptômes ou syndromes cliniques sont donc issus de l'interaction personnalité-contexte. Ainsi, des symptômes ou syndromes particuliers peuvent être associés à des personnalités relativement spécifiques.

Millon a opérationnalisé les personnalités de base, les désordres sévères de la personnalité et les symptômes cliniques sur vingt échelles à l'intérieur du *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*. Cette mesure diagnostique offre des indices du degré comme du type de difficultés expérimentées par des sujets en thérapie.

### La Théorie de Millon et la Perspective Interpersonnelle

La polarité activité-passivité ainsi que la polarité soi-autrui de la théorie de l'apprentissage biosocial de Millon ont en commun avec la théorie développementale de Buck l'importance accordée aux variables interpersonnelles. Bien que Millon ne définisse pas le concept de maladie mentale à travers un construit de variables interpersonnelles, il définit la personnalité comme ayant des répercussions sur plusieurs dimensions dont la dimension interpersonnelle. De plus, l'opérationnalisation des différentes facettes de la personnalité de Millon a été effectuée à partir d'éléments communs avec la perspective interpersonnelle.

En effet, les dimensions soi-autrui et activité-passivité de la théorie de la personnalité de Millon sont congruentes avec les éléments représentatifs d'une bonne santé mentale tels que notés par Offer et Sabshin (1984) et la théorie développementale interactionniste de l'émotion de Buck (1991). Les polarités soi-autrui et activité-passivité auront des répercussions sur la compétence émotive, les aptitudes sociales ainsi que sur la productivité du sujet. Par conséquent, sur son bien-être et sa santé. Comme il a été mentionné plus haut, la conception du MCMI repose sur une théorie présentant des

éléments communs avec la perspective interpersonnelle et les dimensions de la GEEV. Le MCMI apparaît donc comme un outil privilégié de comparaison pour explorer les capacités diagnostiques de la GEEV. De plus, le MCMI (Millon, 1983) présente l'avantage de mesurer l'individu sur les axes I et II distinguant ainsi les difficultés psychologiques persistantes des symptômes cliniques reliés à des facteurs situationnels. Contrairement au DSM, il permet d'obtenir une vision plus globale de la personne. En effet, la capacité du MCMI à fournir des scores sur chaque échelle de personnalité permet de mieux saisir la complexité de l'individu ainsi que les différentes composantes constituant sa personnalité.

#### Recherche de Type Exploratoire : GEEV et MCMI

La présente étude cherche à vérifier si la *Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital* offre des indices du type et du degré de psychopathologie expérimentés par des sujets en thérapie tels que mesurés par le MCMI. L'exploration des dimensions de la GEEV tentera de répondre aux questions qui suivent :

##### Question 1

L'évaluation des sujets par la GEEV offre-t-elle des indices fiables sur la condition mentale de sujets en thérapie, tel que mesuré au MCMI. En outre :

- a) Les dimensions de la GEEV permettent-elles de distinguer les sujets selon le degré de détérioration de leur structure de personnalité?

- b) Les dimensions de la GEEV permettent-elles de distinguer les sujets selon le degré de sévérité des symptômes dont ils souffrent?

Comme il a été mentionné au Chapitre I, les résultats obtenus par les sujets au MCMI offrent de bons indices du niveau de sévérité des problèmes mentaux expérimentés par les sujets. En effet, selon Millon (1983), le MCMI distingue les sujets «normaux» des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité et des sujets souffrant d'un désordre pathologique, ce dernier étant le reflet d'un certain niveau de décompensation de la structure de personnalité. De même, le MCMI distingue les sujets ne présentant qu'un faible niveau de symptômes cliniques des sujets souffrant de symptômes à un niveau modérément sévère et des sujets souffrant de symptômes cliniques sévères d'ordre psychotique.

Si l'évaluation des sujets par la GEEV reflète des éléments associés à une bonne santé mentale, on pourra s'attendre à ce que les résultats obtenus par les sujets sur cette grille soient inversement proportionnels au degré de sévérité des problèmes mentaux reliés à leur structure de personnalité ainsi qu'au degré de sévérité des symptômes cliniques dont ils souffrent.



## Question 2

Les dimensions de la GEEV concordent-elles avec les polarités soi-autrui et activité-passivité de Millon. En outre :

- a) Les dimensions présence à soi et ouverture à l'autre (D2) de la GEEV concordent-elles avec la polarité soi-autrui de Millon.
- b) La dimension agir (D3) de la GEEV concorde-t-elle avec la polarité activité-passivité de Millon.

Comme il a été mentionné au Chapitre I, Millon considère la personnalité comme étant la résultante de l'interaction des polarités soi-autrui et activité-passivité. Ainsi, selon Millon, les personnalités dépendantes priorisent le pôle autrui souvent au détriment de l'autonomie du pôle soi. À l'inverse, les personnalités indépendantes priorisent le pôle soi au pôle autrui. Afin de savoir si les dimensions D1 et D2 concordent respectivement avec la polarité soi-autrui de Millon (question 2.A), nous vérifierons :

- a) Si les échelles de dépendance (échelles 3 et 4 du MCMI) sont corrélées négativement à D1 et positivement à D2 et si les échelles d'indépendance (échelles 5 et 6 du MCMI) sont corrélées positivement à D1 et négativement à D2.
- b) Si les sujets démontrant des traits accentués de dépendance se distinguent quant à leur moyenne sur D1 et D2 des sujets démontrant des traits accentués d'indépendance.

- c) Si les sujets présentant des traits de dépendance se distinguent sur D1 et D2 des sujets dont les résultats au MCMI indiquent l'absence de traits de dépendance.
- d) Si les sujets présentant des traits d'indépendance se distinguent sur D1 et D2 des sujets dont les résultats au MCMI démontrent l'absence de traits d'indépendance.
- e) Si la répartition des scores en cotes faibles et fortes sur D1 et D2 se reflète sur les échelles de dépendance et d'indépendance au MCMI.

Comme il est aussi mentionné au Chapitre I, Millon considère les personnalités schizoïde, dépendante-passive, narcissique et obsessionnelle comme des personnalités passives et les personnalités évitante, histrionique, anti-sociale et passive-agressive comme actives. Afin de savoir si la dimension agir de la GEEV (D3) concorde avec la polarité activité-passivité (question 2.B), nous vérifierons :

- f) S'il existe des corrélations entre la dimension D3 et les échelles du MCMI associées à l'activité et à la passivité.
- g) Si la répartition des scores en cotes faibles et élevées sur D3 se reflète sur le diagnostic du sujet soit-il le reflet d'une personnalité active ou passive.

### Question 3

Les résultats obtenus par les sujets sur les dimensions de la GEEV varient-ils en fonction de leur diagnostic?

Comme il a été mentionné au Chapitre I, les résultats au MCMI permettent de trouver quel diagnostic convient le mieux au sujet ou quel mode de fonctionnement le représente le mieux. Ainsi, par la question 3, nous vérifierons si les résultats obtenus par les sujets sur la GEEV offrent des indices associés aux diagnostics des sujets.

## MÉTHODE

Afin de répondre aux questions de recherche, les résultats obtenus par les sujets sur les différentes échelles de la GEEV seront mis en relation avec ceux du MCMI (Millon, 1983), une mesure diagnostique offrant une vision multidimensionnelle à la fois du type et du degré de difficultés expérimentées par des clients en thérapie.

Comme mentionné précédemment, le MCMI a été choisi comme mesure comparative, d'une part parce qu'il offre un portrait multidimensionnel de la personnalité et, d'autre part, parce que sa conception repose sur une théorie présentant des éléments communs avec la GEEV.

Le présent chapitre traitera des informations relatives aux sujets, au matériel d'expérimentation, aux instruments de mesure utilisés, au déroulement de l'expérience ainsi qu'au schème expérimental utilisé pour cette recherche.

### Sujets

Soixante-quinze sujets, vingt hommes et cinquante-cinq femmes ont été recrutés sur une base volontaire par l'intermédiaire de leur thérapeute respectif, à l'intérieur de cliniques ou de bureaux privés. Afin d'être éligibles, les sujets devaient être en thérapie lors de l'expérimentation, être âgés entre dix-huit et quatre-vingts ans, être en mesure

de répondre adéquatement aux questions telles que formulées par le MCMI et être en mesure de verbaliser leur plus ancien souvenir.

Six sujets (deux hommes et quatre femmes) ont été éliminés, le verbatim du souvenir ancien étant le reflet d'un rapport plutôt qu'un souvenir proprement dit. L'échantillon final sera donc constitué de soixante-neuf sujets, dix-huit hommes et cinquante et une femmes.

### Matériel Utilisé

- Une formule de consentement
- Un protocole numéroté du MCMI accompagné de sa consigne de passation
- Une feuille numérotée comprenant la consigne du plus ancien souvenir ainsi qu'un espace réservé à la transcription du verbatim

### Instruments de Mesure

#### Millon Clinical Multiaxial Inventory ou MCMI (Millon, 1983)

#### Description

Le MCMI est un outil de mesure diagnostique conçu par Théodore Millon. Il s'agit d'un questionnaire de cent soixante-quinze items dont le contenu réfère à la présence ou à l'absence de comportements, d'idées ou d'émotions véhiculés par le client. Il s'adresse à une population en psychiatrie ou en processus thérapeutique. Chacune des

vingt échelles de l'instrument a été construite en tant que mesure opérationnelle d'un syndrome dérivé d'une théorie de la personnalité ou de la psychopathologie (Millon, 1969, 1981). Le questionnaire peut être corrigé soit à l'aide de clés de correction ou à l'aide d'un programme informatisé.

Les différentes échelles ont été conçues afin de distinguer les caractéristiques persistantes de la personnalité (axe II) des symptômes cliniques associés à ces personnalités (axe I). Les données fournies permettent ainsi de distinguer les caractéristiques de la personnalité des symptômes cliniques qui se manifestent sous stress. Elles distinguent également les syndromes en termes de leur niveau de sévérité psychopathologique. De la même façon, les patrons de personnalité sont distingués de leur niveau de sévérité.

Les huit premières échelles servent à déterminer le patron de traits qui composent la structure de la personnalité. Elles correspondent dans l'ordre aux structures schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, obsessive et passive agressive.

Les trois autres échelles déterminent s'il existe un plus grand niveau de sévérité des structures précédentes. Comme mentionné précédemment, Millon considère les structures schizotypique (S), cycloïde (C) et paranoïde (P) comme le reflet d'un niveau plus ou moins élevé de décompensation des structures de base.

Les échelles A, H, N, D, B (respectivement anxiété, hypochondrie, hypomanie, dépression, abus d'alcool et abus de drogues) distinguent et déterminent le niveau de

sévérité des syndromes cliniques dits modérément sévères. Les échelles SS, CC et PP (pensée psychotique, dépression psychotique et illusions psychotiques) représentent les syndromes cliniques de nature plus sévères.

Selon Millon (1983), les données fournissent une bonne base pour sélectionner un diagnostic. À ce jour, les données disponibles suggèrent que le MCMI peut-être utilisé avec un taux raisonnable de confiance dans la plupart des contextes cliniques pour des clients qui présentent des difficultés d'origine émotive. Son utilisation est aussi recommandée pour la recherche.

La présente étude a utilisé une version du MCMI traduite et adaptée au Québec par Andrea D'Elia de l'Université McGill et Pierre-Marie Lagier du bureau d'intervention psychosociale à Montréal.

Les grandes lignes permettant d'interpréter les résultats obtenus sur chacune des échelles du MCMI sont fournies à l'annexe I.

Les qualités psychométriques du MCMI seront discutées dans la section qui suit.



### Qualités psychométriques

Fidélité test-retest : Les coefficients «test-retest» obtenus sur les différentes échelles du MCMI, d'abord à l'intérieur d'un intervalle de cinq à neuf jours ( $N = 59$ ), puis de quatre à six semaines ( $N = 89$ ), indiquent que l'instrument est suffisamment fidèle (voir tableau 1, p. 50). Les résultats indiquent que les indices de fidélité des échelles de personnalité sont meilleurs ( $M_1 = 0.85$ ;  $M_2 = 0.80$ ) que ceux des échelles de symptômes cliniques ( $M_1 = 0.80$ ;  $M_2 = 0.75$ ). Le MCMI a été conçu pour diagnostiquer des sujets à l'intérieur d'un milieu psychiatrique ou thérapeutique. Les coefficients plus faibles des échelles de symptômes cliniques sont dus en partie à l'effet du soutien thérapeutique offert aux sujets durant l'intervalle «test-retest».

Consistance interne : Comme l'indiquent les résultats présentés au tableau 1, les coefficients mesurant la consistance interne des différentes échelles (coefficient de Kuder Richardson) sont satisfaisants.

Validité interne : Millon a étudié les corrélations entre les différentes échelles du MCMI (Millon, 1983). Les résultats indiquent que la majorité des liens trouvés entre les différentes échelles sont conformes avec le modèle théorique. Par exemple, la corrélation entre l'échelle de schizoïdie et d'évitement ( $r = 0.76$ ) sont consistants avec le détachement, trait commun à ces deux personnalités. De même, les corrélations de  $r = 0.81$  et  $r = 0.94$ , reliant respectivement ces échelles à l'échelle de schizotypie, sont

en accord avec la théorie de Millon. Selon celui-ci, l'échelle de schizotypie indique une forme plus ou moins décompensée des structures détachées.

Des analyses factorielles ont permis d'isoler quatre facteurs à partir des cent soixante-quinze items du MCMI. Le premier facteur, «labilité et sentiments dépressifs» a été relié aux échelles borderline, de dépression, d'anxiété, de dépression psychotique, d'agressivité-passive d'histrionie.

Le second facteur repose sur la présence de comportements et de pensées paranoïdes. Il a été relié aux échelles paranoïde, d'illusions psychotiques, de narcissisme et antisociale et, à un niveau moindre, à l'échelle d'abus d'alcool.

Le troisième facteur repose sur un patron comportemental et cognitif de détachement. Il a été relié aux échelles de schizoïde, d'évitement et d'illusions psychotiques.

Le quatrième facteur, «conformisme social» par opposition à «rébellion sociale» a été relié positivement aux échelles d'abus d'alcool, obsessive, dépendante, et négativement, aux échelles antisociale et d'abus de substances toxiques.

Validité externe : Plusieurs corrélations significatives ont été trouvées entre les échelles du MCMI, du MMPI (Wiggins, cité dans Millon, 1983) du Psychological Screening Inventory (PSI) (Lanyon, 1973 cité dans Millon, 1983) et du Symptom Distress Check List (SCL-90) (Derogatis et al, 1973 dans Millon, 1983).

Millon a aussi démontré l'efficacité des différents facteurs de corrections appliqués au MCMI; la précision des lignes de démarcation assurant l'efficacité du processus décisionnel concernant le diagnostic; ainsi que la validité des différents patrons de personnalité en tant que base d'interprétation des résultats (voir tableau 2, p. 51).

Le MCMI a aussi été comparé au MMPI-1 et 2, relativement à des critères tels : la consistance interne, l'organisation, la facilité d'interprétation ainsi que l'utilité clinique. Les trois mesures ont été évaluées par vingt-trois cliniciens. Les résultats indiquent que le MCMI a été préféré aux autres instruments sur les quatre critères.

Tableau 1  
Coefficients de fidélité test-retest  
et de consistance interne du MCMI

	T.R. 5-9 jrs	T.R. 4-6 sem.	K.R. Coefficient
1	0.85	0.82	0.73
2	0.90	0.84	0.91
3	0.83	0.79	0.78
4	0.91	0.85	0.89
5	0.85	0.81	0.81
6	0.90	0.83	0.79
7	0.81	0.77	0.84
8	0.89	0.81	0.91
S	0.86	0.78	0.92
C	0.84	0.77	0.95
P	0.85	0.77	0.82
A	0.80	0.68	0.94
D	0.81	0.62	0.91
S	0.79	0.65	0.70
H	0.78	0.66	0.94
A	0.83	0.76	0.71
B	0.83	0.74	0.78
SS	0.80	0.68	0.88
CC	0.79	0.61	0.91
PP	0.82	0.66	0.58

T.R. coefficient test-retest

K.R. coefficient de Kuder Richardson mesurant la consistance interne

Tableau 2  
 MCMI  
 Précision du diagnostic en fonction des lignes  
 de démarcation en %  
 N = 978

Échelle	% Précision BR $\geq$ 75	% Précision Br $\geq$ 85
1	94	95
2	91	91
3	85	87
4	88	90
5	93	95
6	90	93
7	78	85
8	88	89
9	90	95
C	89	96
P	90	93
A	88	86
H	82	85
N	93	96
D	89	87
B	88	91
T	94	95
SS	94	96
CC	94	96
PP	94	87

La Grille d'Évaluation de l'Engagement Vital GEEV (Leblanc et Denis, 1993)

Elle fait l'objet de la présente étude et elle est présentée dans la section «Contexte théorique».

## Déroulement

La présente recherche est une étude clinique nécessitant des informations concernant des clients en thérapie. Afin de préserver le droit à la confidentialité des sujets, l'expérimentation a pu être réalisée grâce à l'intermédiaire des thérapeutes en travail avec les sujets participants. Le déroulement de l'étude s'est donc effectué en trois temps soit : le recrutement des thérapeutes participants, le recrutement de sujets et l'expérimentation proprement dite.

### Recrutement des Thérapeutes Participants

Plusieurs thérapeutes furent contactés. Une première rencontre visait à les informer sur le projet de recherche, à en expliquer les buts et objectifs, ainsi qu'à les éclairer sur les exigences et les avantages que pouvait représenter pour eux et pour la profession, la participation à cette recherche.

Lors d'une seconde rencontre, le matériel d'expérimentation fut remis aux thérapeutes participants. De plus, des consignes précises leur étaient fournies relativement aux critères d'éligibilité des sujets ainsi que concernant la passation des mesures expérimentales. En remerciement pour leur participation, chaque thérapeute qui le désirait recevait un court rapport explicatif concernant les résultats de leurs clients au MCMI.

### Recrutement des Sujets

Le recrutement des sujets était laissé entre les mains des thérapeutes participants. Sans être renseignés sur les objectifs précis visés par la recherche, les sujets potentiels étaient éclairés quant aux exigences et aux avantages que pouvait représenter pour eux et pour la profession, leur participation à la présente recherche. Les sujets étaient aussi renseignés sur le type d'information fournie par le MCMI, dans la mesure où cette information ne nuirait pas à l'interprétation des résultats.

Une formule de consentement fut signée par chaque sujet. Elle certifiait sa connaissance des consignes, autorisait le thérapeute à remettre les données au chercheur, autorisait également le thérapeute à recevoir les résultats obtenus au MCMI et assurait le client du respect de l'anonymat et de la confidentialité.

### Déroulement de l'Expérimentation

Des enveloppes contenant les consignes de passation du MCMI ainsi que les questionnaires furent remises aux sujets par leur thérapeute respectif. Les protocoles complétés étaient retournés au thérapeute lors d'une entrevue ultérieure.

Au cours d'une entrevue subséquente, le thérapeute demandait au sujet de lui raconter son plus ancien souvenir en suivant la consigne suggérée par Adler (Leblanc et Denis, 1993).

Consigne : *Racontez-moi votre plus vieux souvenir. Un souvenir qui date de préférence avant l'âge de dix ans. Racontez-le moi tel que vous l'avez vécu et que vous pouvez le voir dans votre tête, en prenant soin de me dire ce que vous faisiez, pensiez, ressentiez, etc. Qu'est-ce qui est encore important et vivant pour vous dans ce souvenir?*

Le verbatim était ensuite transcrit par le thérapeute et retourné au chercheur, accompagné du protocole du MCMI.

#### Correction du Matériel et Cueillette des Données

Les protocoles du MCMI furent corrigés par le chercheur à l'aide de clés de correction, selon les normes fournies par le manuel de correction (Millon, 1983). De même, les verbatims des souvenirs anciens furent cotés par des correcteurs habilités, conformément au manuel de cotation (Leblanc et Denis, 1993). Les données recueillies à l'aide des deux instruments de mesure ont ensuite été compilées, accompagnées des informations suivantes : numéro, sexe et âge du sujet.

## RÉSULTATS



Ce chapitre informera le lecteur sur le traitement des données, les statistiques utilisées ainsi que sur l'analyse des résultats relative à chaque question de recherche.

## Le Traitement des Données

### Analyses Préliminaires

Des analyses descriptives seront effectuées afin de vérifier la distribution des scores sur les dimensions de la GEEV, de calculer les moyennes obtenues par les sujets sur les échelles du MCMI et sur les dimensions de la GEEV.

Des t-tests pairés permettront de vérifier s'il existe des différences significatives, reliées à la variable sexe, sur les dimensions de la GEEV et sur les échelles du MCMI. De plus, des analyses corrélationnelles permettront de vérifier si les dimensions de la GEEV sont indépendantes l'une de l'autre.

### Analyses Reliées aux Questions de Recherche

#### Question 1

Afin de répondre à la question 1.A, à savoir si les dimensions de la GEEV permettent de distinguer les sujets selon le degré de détérioration de leur structure de personnalité, les résultats des sujets au MCMI seront regroupés de la façon suivante :

La variable DEGRE représentera la condition de la structure de personnalité des sujets. Ainsi :

DEGRE 0 représente la personnalité normale, c'est-à-dire dont les résultats au MCMI démontrent l'absence d'un trouble ou d'un désordre de la personnalité (échelle 1 à 11 < 75).

DEGRE 1 représente un trouble léger de la personnalité, c'est-à-dire dont les résultats sur les échelles 1 à 8 se situent entre 75 et 85 et les résultats sur les échelles 9, 10 et 11 sont inférieurs à 75.

DEGRE 2 représente le trouble moyen, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 1 à 8 dépassent la ligne de démarcation de 85 et dont les résultats sur les échelles 9, 10 et 11 sont inférieurs à 75.

DEGRE 3 représente un trouble sévère, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 9, 10 et 11 dépassent la ligne de démarcation de 75 démontrant ainsi la présence d'un désordre de la personnalité.

DEGRE 4 représente un trouble très sévère, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 9, 10 ou 11 dépassent la ligne de démarcation de 85, indiquant l'éminence d'un désordre pathologique sévère.

Les sujets seront regroupés ensuite sous la variable DEGRE\* à trois niveaux, distinguant les sujets dont le profil au MCMI indique : l'absence de troubles associés à la structure de personnalité; la présence d'un trouble de la personnalité; la présence d'un désordre de la personnalité. Ainsi :

DEGRE\* 0 correspond à DEGRE 0

DEGRE\* 1 regroupe les sujets de DEGRE 1 et DEGRE 2

DEGRE\* 2 regroupe les sujets de DEGRE 3 et DEGRE 4

Afin de répondre à la question 1.B, à savoir si les dimensions de la GEEV distinguent les sujets quant au degré de sévérité des symptômes cliniques dont ils souffrent, la variable DEGSYM sera utilisée. Ainsi :

DEGSYM 0 faible niveau de symptômes cliniques, c'est-à-dire dont les résultats sur les échelles 12 à 20 sont inférieurs à 75.

DEGSYM 1 symptômes moyens, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 12 à 17 se situent entre 75 et 85 et les résultats sur les échelles 18, 19 et 20 sont inférieurs à 75.

DEGSYM 2 symptômes modérément sévères, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 12 à 17 dépassent la ligne de démarcation de 85 et dont

les résultats sur les échelles 18, 19 et 20 n'atteignent pas la ligne de démarcation de 75.

DEGSYM 3 symptômes sévères, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 18, 19 et 20 dépassent la ligne de démarcation de 75 indiquant la présence de symptômes d'ordre psychotique.

DEGSYM 4 symptômes très sévères, c'est-à-dire dont les résultats sur au moins une des échelles 18, 19 et 20 dépassent la ligne de démarcation de 85, indiquant l'éminence de symptômes psychotiques graves.

Comme pour la variable DEGRE\*, les sujets ont ensuite été regroupés sous la variable DEGSYM\* à trois niveaux de la façon suivante :

DEGSYM\* 0 correspondant à DEGSYM 0

DEGSYM\* 1 regroupe les sujets de DEGSYM 1 et 2

DEGSYM\* 2 regroupe les sujets de DEGSYM 3 et 4

La procédure ONEWAY sera utilisée afin de vérifier si les sujets appartenant aux différents regroupements sur DEGRE, DEGRE\* ainsi que DEGSYM, DEGSYM\* se distinguent sur chacune des dimensions de la GEEV (D1, D2 et D3).

Des analyses CHI-CARRÉ permettront de vérifier si les sujets obtenant des scores faibles et élevés sur D1 (D1G), D2 (D2G) et D3 (D3G) se répartissent en fonction des variables DEGRE et DEGSYM. Ainsi :

D1G, D2G représenteront les scores regroupés en cotes faibles (D1G, D2G = 0 si D1, D2 = 1,2) et fortes (D1G, D2G = 1 si D1, D2 = 3,4) sur D1 et D2 respectivement.

D3G représentera les scores regroupés en cotes faibles (D3G = 0 si D3 = 1,2) et fortes (D3G = 1 si D3 = 4) sur D3.

## Question 2

Afin de répondre à la question 2.A, à savoir si les dimensions D1 et D2 concordent avec la polarité soi-autrui de Millon, les analyses suivantes seront effectuées :

Des analyses corrélationnelles seront effectuées entre les dimensions D1 et D2 de la GEEV et les échelles 1 à 8 de la GEEV, représentant les huit patrons de personnalité de base. Les résultats seront étudiés en fonction de leur cohérence avec la polarité soi-autrui de Millon.

Des tests-T vérifieront si les sujets obtenant des cotes faibles et élevées sur D1 et D2 par les variables D1G, D2G se distinguent par leur moyenne sur les échelles 1 à 8 au MCMI :

- Si les sujets obtenant des cotes plus élevées sur la dimension «ouverture à l'autre» que sur la dimension «présence à soi» ( $D2 > D1$ ) se distinguent des sujets qui obtiennent des scores plus élevés sur la dimension présence à soi que sur la dimension ouverture à l'autre ( $D1 > D2$ ) quant à leur moyenne sur les échelles 3, 4, 5, 6 du MCMI. Ces échelles représentent le mieux la polarité soi-autrui de Millon. Elles représentent respectivement les échelles : dépendante-passive, histrionique, narcissique et antisociale.

Afin de répondre à la question 2.B, à savoir si la dimension D3 de la GEEV concorde avec la polarité activité-passivité de Millon. Des corrélations de Pearson seront effectuées entre les échelles 1 à 8 du MCMI et la dimension D3. Les résultats seront analysés en fonction de leur cohérence avec la polarité activité-passivité de Millon.

Des tests-T vérifieront :

- - Si les sujets obtenant des cotes faibles ou élevées sur D3 par la variable D3G se distinguent par leur moyenne sur les échelles 1 à 8 du MCMI. Ainsi :
- Si les sujets présentant un diagnostic associé à la passivité diffèrent sur D3 des sujets présentant un diagnostic associé à l'activité. Ainsi, la variable ACTIF regroupera les sujets selon l'appartenance de leur diagnostic à une personnalité active ou passive.

ACTIF = 0 regroupe les sujets passifs, c'est-à-dire dont les résultats au MCMI démontrent l'éminence d'un trouble passif soit : schizoïde, dépendant-passif, narcissique ou obsessionnel.

ACTIF = 1 regroupe les sujets actifs, c'est-à-dire dont les résultats au MCMI démontrent l'éminence d'un trouble actif soit : évitant, histrionique, antisocial ou passif-agressif.

### Question 3

La GEEV offre-t-elle des indices quant au diagnostic des sujets.

Afin de répondre à la question 3, les sujets seront d'abord regroupés en fonction de leur diagnostic respectif. Comme la majorité des cases diagnostiques contiennent un nombre insuffisant de sujets pour constituer des groupes distincts (voir tableau 8, p. 74), les diagnostics seront ensuite regroupés sous la variable CLUSTER. Cette variable reflétera l'appartenance des différents diagnostics aux trois grandes catégories reconnues par l'APA (1980), soit :

CLUSTER = 1 la catégorie des personnalités bizarres et excentriques. Cette catégorie rassemble les sujets souffrant d'un trouble schizoïde, schizotypique ou paranoïde.

CLUSTER = 2 la catégorie des personnalités erratiques et dramatiques, rassemblant les sujets souffrant d'un trouble histrionique, narcissique, antisocial ou borderline.

CLUSTER = 3 la catégorie des personnalités craintives et anxieuses, rassemblant les sujets souffrant d'un trouble évitant, obsessionnel, passif-agressif ou dépendant-passif.

À ces trois catégories, nous ajouterons :

CLUSTER = 0 représentant les sujets dont les résultats au MCMI indiquent l'absence d'un trouble ou d'un désordre de la personnalité.

La procédure ONEWAY sera utilisée afin de vérifier si les sujets appartenant aux différents regroupements diagnostiques par la variable CLUSTER se distinguent sur D1, D2, D3 ou DT. De même, elle vérifiera si les sujets appartenant aux diagnostics les mieux représentés par l'échantillon se distinguent quant à leur moyenne sur D1, D2, D3.



## Analyse des résultats

Résultats des Analyses PréliminairesAnalyses préliminaires reliées aux dimensions de la GEEV

Les analyses de fréquence indiquent que toutes les cotes ont été utilisées sur D1, pour les hommes (N = 18) comme pour les femmes (N = 51) (tableau 3). Les tests-T indiquent que les hommes et les femmes obtiennent des moyennes comparables sur D1. Bien que les tests-T indiquent des moyennes comparables pour les hommes et les femmes sur D2, l'examen de la distribution des scores sur cette échelle indique qu'aucun sujet masculin n'a obtenu une cote «4». Les résultats relatifs à D3 indiquent que les moyennes sur D3 sont comparables pour les hommes et les femmes et que toutes les cotes ont été utilisées pour les deux sexes.

Tableau 3  
Distribution de la fréquence des scores  
sur D1, D2 et D3 en %

VAR	SEXE	MOYENNE	COTE 1	COTE 2	COTE 3	COTE 4	COTE 5
D1	F	3.20	8	20	33	24	16
	M	3.33	5	11	50	11	23
	T	3.23	7	17	38	20	17
D2	F	3.02	8	22	41	20	10
	M	2.72	11	50	34	0	5
	T	2.94	9	27	39	14	9
D3	F	2.84	4	27	49	20	---
	M	2.78	17	22	44	17	---
	T	2.83	6	26	48	20	---

Les analyses corrélationnelles reliant les dimensions de la GEEV entre elles indiquent que les dimensions D1 et D2 ainsi que D2 et D3 sont indépendantes l'une de l'autre. Par contre, D1 est reliée à D3 pour les femmes ( $r = .3841^{**}$ ) mais non pour les hommes.

La distribution des sujets en fonction des autres variables associées à la GEEV sont fournies aux tableaux 9 et 10 (pp. 74-75).

#### Analyses préliminaires reliées au MCMI

Les tests-T indiquent que les hommes et les femmes obtiennent des moyennes comparables sur toutes les échelles du MCMI, sauf pour l'échelle d'hypocondrie où les femmes ( $M = 78.46$ ) obtiennent une moyenne significativement plus élevée que les hommes ( $M = 64.22$ )  $t(67) = 2.67^{**}$ ).

La distribution des sujets en fonction des variables associées au MCMI sont fournies aux tableaux 8, 11 et 12 (pp. 74-75).

### Analyse des Résultats Associés aux Questions de Recherche

Tableau 4.A  
Résultats sur D1, D2, D3  
en fonction de DEGRE

	0	1	2	3	4	Oneway p
D1	3.4	3.7	3.1	3.3	3.1	n.s
D2	3.3	2.9	2.8	2.8	2.9	n.s
D3	3.3	2.8	2.9	2.5	2.8	n.s
N	7	10	22	14	15	

Tableau 4.B  
Résultats sur D1, D2, D3  
en fonction de DEGRE\*

	0	1	2	Oneway p
D1	3.4	3.3	3.2	n.s
D2	3.3	2.8	2.9	n.s
D3	3.3	2.9	2.7	n.s
N	7	32	29	

#### Question 1

Les résultats des analyses ONEWAY indiquent que les moyennes obtenues par les sujets sur les dimensions de la GEEV ne distinguent pas les sujets selon le degré de sévérité des problèmes mentaux reliés à leur structure de personnalité sur DEGRE et DEGRE\* (tableau 4.A, 4.B) pas plus qu'ils ne distinguent les sujets en fonction du degré de sévérité des symptômes cliniques dont ils souffrent sur les variables DEGSYM et DEGSYM\* (tableau 5.A, 5.B). Bien que les écarts entre certains sous-groupes soient appréciables, les résultats indiquent qu'ils ne sont pas suffisants pour atteindre le seuil significatif de 0.05.

De même, les résultats des analyses CHI-CARRÉ indiquent que la distribution des scores en cotes faibles ou élevées sur les dimensions de la GEEV en fonction des variables DEGRE et DEGSYM est aléatoire, c'est-à-dire que l'obtention de cotes faibles

sur les dimensions de la GEEV n'est pas plus associée à un niveau sévère de pathologie que l'obtention de cotes élevées n'est associée à un profil normal tel que reflété par le MCMI.

L'examen de la distribution des scores sur D1, D2, D3 pour les groupes 0 et 1 de la variable DEGRE (représentant les deux niveaux de pathologie les moins sévères) indique cependant que 54 % des sujets constituant ces groupes obtiennent des cotes élevées sur D1 (cote = 4,5); 33 % obtiennent des cotes moyennes (3); et 13 % obtiennent des cotes basses (1,2). La tendance des sujets de ces groupes allant dans la direction de cotes relativement élevées sur cette dimension.

Tableau 5.A  
Résultats sur D1, D2, D3, DT  
en fonction de DEGSYM

	0	1	2	3	4	Oneway p
D1	3.3	3.7	3.1	3.3	2.7	n.s
D2	3.2	2.7	2.8	3.2	2.4	n.s
D3	2.8	2.9	2.8	2.7	2.4	n.s
N	12	10	29	11	7	

Tableau 5.B  
Résultats sur D1, D2, D3, DT  
en fonction de DEGSYM\*

	0	1	2	Oneway p
D1	3.3	3.3	3.1	n.s
D2	3.2	2.8	2.9	n.s
D3	2.8	2.8	2.6	n.s
N	7	39	18	

Sur D2, 12 % des sujets des groupes 0 et 1 (sur DEGRE) obtiennent des cotes élevée, 74 % obtiennent des cotes moyennes; 14 % obtiennent des cotes basses. La tendance des sujets démontrant le moins de difficultés psychologiques se dirige donc vers

l'obtention de cotes moyennes sur cette dimension. Sur D3, les scores sont répartis de façon uniforme pour les sujets de ces groupes.

## Question 2

- A. Les dimensions présence à soi et ouverture à l'autre (D1, D2 de la GEEV concordent-elles avec la polarité soi-autrui de Millon (1983).

Il n'a pas été possible de vérifier si les dimensions D1 et D2 de la GEEV concordent avec la polarité soi-autrui de Millon. En effet, l'examen de la répartition des scores sur chaque échelle du MCMI (tableau 14, p. 76) indique qu'un très petit nombre de sujets dépassaient la ligne de démarcation de 85 sur les échelles 4, 5, 6. Ces résultats limitent l'investigation concernant le lien possible entre la GEEV et la polarité soi-autrui de Millon, puisque le schème expérimental était basé principalement sur la comparaison des scores obtenus par les sujets sur les échelles 3, 4, 5, 6. Les analyses ont tout de même été effectuées. Les résultats seront interprétés en tenant compte des limites mentionnées plus haut.

Tableau 6  
Résumé des tests-T sur D1, D2  
en fonction des échelles 3, 4, 5, 6

	Échelle 3 Dépendance-passive	Échelle 4 Histrionie	Échelle 5 Narcissisme	Échelle 6 Antisociale
D1	$t(67) = 3.01^{**}$	n.s	n.s	n.s
D1G	$t(41) = 2.41^*$	n.s	n.s	femmes $t(22) = 2.20$
D2	n.s	n.s	n.s	n.s
D2G	$t(40) = 2.39^*$	n.s	n.s	n.s
D2 > D1	$t(46) = 2.51^*$	n.s	n.s	n.s
D1 > D2	n.s	n.s	n.s	n.s

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

n.s non significatif

Les résultats des analyses corrélationnelles indiquent qu'il n'y a pas de lien entre les résultats des sujets sur les échelles 1 à 8 et les scores obtenus sur D1 et D2.

Les résultats des tests-T sont résumés au tableau 6. Ils indiquent que les sujets démontrant la présence de traits de dépendance-passive (échelle 3  $\geq 75$ ) se distinguent sur D1 des sujets dont les résultats au MCMI démontrent l'absence de tels traits (échelle 3 < 75). Ceux qui possèdent des traits de dépendance-passive obtiennent des cotes plus faibles sur D1 ( $M = 3.0$ ) que les sujets démontrant l'absence de traits de dépendance ( $M = 3.71$ )  $t(67) = 3.01^{**}$ . La présence ou l'absence de traits de dépendance-passive ne se distingue pas sur D2.

Ils indiquent aussi que les sujets obtenant des scores faibles sur D1 (par D1G) obtiennent des résultats plus élevés sur l'échelle de dépendance passive (VAR3 = 81.47) que les sujets obtenant des cotes élevées sur D1 (VAR3 = 63.96)  $t(41) = 2.41^*$ . De plus, les sujets obtenant des scores élevés sur D2 (par D2G) obtiennent une moyenne plus élevée sur cette même échelle (VAR3 = 85.88) que les sujets obtenant des scores faibles sur D2 (VAR3 = 71.73)  $t(40) = 2.39^*$ .

Les résultats répartis en cotes faibles et élevées sur D1 et D2 (par D1G, D2G) n'affectent cependant pas les moyennes obtenues par les sujets sur l'autre échelle de dépendance, l'échelle d'histrionie (VAR4). Comme il a été mentionné plus haut, la distribution des scores sur l'échelle d'histrionie est différente de l'échelle de dépendance-passive.

Les sujets féminins démontrant des cotes élevées sur D1 (par D1G) obtiennent une moyenne plus élevée sur une échelle d'indépendance soit l'échelle antisociale (VAR6 = 57.10) que les sujets obtenant des cotes faibles sur D1 (42.57)  $t(22) = 2.20^*$ . Les résultats obtenus par les sujets sur D2 (par D2G) n'affectent aucune des échelles reliées au pôle soi, c'est-à-dire les échelles antisociale (VAR6) et narcissique (VAR5).

Les résultats des tests-T indiquent aussi que les sujets obtenant des scores plus élevés sur D2 que sur D1, c'est-à-dire priorisant autrui à soi dans leur souvenir ancien, obtiennent des résultats plus élevés sur l'échelle de dépendance passive (VAR3 = 84.06)

que les sujets obtenant des scores sur  $D1 < D2$  ( $VAR3 = 65.5$ )  $t(46) = 2.51^*$ . L'obtention de scores  $D2 > D1$  ou  $D1 > D2$  n'affecte cependant pas les moyennes obtenues par les sujets sur les autres échelles associées à la polarité soi-autrui soit les échelles d'histrionie, de narcissisme et antisociale.

#### Question 2.B

La dimension agir (D3) de la GEEV concorde-t-elle avec la polarité activité-passivité de Millon (1983).

Les résultats indiquent que l'échelle D3 ne concorde pas avec la polarité activité-passivité de Millon. En effet, bien que les résultats des analyses corrélationnelles indiquent une corrélation positive entre l'échelle d'histrionie pour les hommes et D3 ( $N = 17$ )  $r = 0.54$   $p < 0.05$ , ils ne révèlent pas de corrélations entre les autres échelles de personnalité et les résultats des sujets sur D3. De même, les sujets obtenant des scores élevés sur D3 ( $D3G = 1$ ) ne distinguent pas les sujets quant à leur moyenne sur les échelles 1 à 8 du MCMI, des sujets démontrant des cotes basses sur D3 ( $D3G = 0$ ). Les résultats des tests-T indiquent aussi que les sujets dont l'ensemble des résultats au MCMI démontrent l'éminence d'un trouble de la personnalité associé au pôle actif par la variable ACTIF ne se distinguent pas sur D3 des sujets démontrant l'éminence d'un trouble de la personnalité associé au pôle passif (2.6/2.8).



Tableau 7.A

Moyennes sur D1, D2, D3 en fonction de CLUSTER					
	0	1	2	3	Oneway
D1	3.4	2.3	3.7	2.81	$f(3,59)=5.28^{**}$
D2	3.3	2.6	2.9	2.9	n.s
D3	3.3	2.4	2.8	2.8	n.s

\*  $p < 0.05$   
 \*\*  $p < 0.01$

Tableau 7.B

Distribution des diagnostics en fonction de CLUSTER			
0	1	2	3
7	schizoïde 0	histrionique 2	dépendant- passif 10
	schizoïde 6	narcissique 0	évitant 3
	paranoïde 4	antisocial 1	passif- agressif 5
borderline 19			
7	10	22	18

## Question 3

La GEEV offre-t-elle des indices quant au diagnostic des sujets?

Les résultats des analyses de variance indiquent que certains regroupements diagnostiques se distinguent sur D1 par la variable CLUSTER  $f(3,59) = 5.28$   $p > 0.01$  (voir tableau 7.A). D2 et D3 ne distinguent aucun regroupement diagnostique.

Ainsi, les sujets «normaux» (CLUS = 0) obtiennent une moyenne plus élevée sur D1 ( $M = 3.4$ ) que les sujets appartenant au groupe des personnalités craintives et anxieuses ( $M = 2.8$ ) et que les sujets appartenant à la catégorie des personnalités bizarres et excentriques ( $M = 2.3$ ). De plus, les sujets appartenant à la catégorie des personnalités erratiques et dramatiques obtiennent des moyennes plus élevées sur D1 ( $M = 3.7$ ) que les sujets appartenant aux catégories des personnalités bizarres excentriques et les sujets appartenant à la catégorie des personnalités craintives et anxieuses. Les

résultats obtenus par les sujets sur les dimensions de la GEEV ne distinguent cependant pas les sujets «normaux» des sujets appartenant à la catégorie des personnalités erratiques et dramatiques, leur moyenne étant comparable sur D1 (3.4/3.68). De même, ils ne distinguent pas les sujets de la catégorie des personnalités craintives et anxieuses des sujets de la catégorie des personnalités bizarres et excentriques. Même si la moyenne sur D1 de la première catégorie est sensiblement plus élevée que celle de la seconde (2.81/2.30), la différence des moyennes ne réussit pas à atteindre le seuil significatif de 0.05.

Ils indiquent aussi que les résultats obtenus par les sujets sur D2 et D3 ne distinguent aucun regroupement diagnostique par CLUS. Notons cependant que les moyennes les plus élevées sur D2 et D3 appartiennent aux sujets démontrant l'absence de trouble de la personnalité (CLUS 0) (voir tableau 7.A).

Des analyses de variance ont été effectuées entre les sous-groupes de CLUS des mieux représentés par l'échantillon (tableau 7.B), soit les groupes passifs-dépendants ( $N = 10$ ) et borderline ( $N = 19$ ).

Les résultats indiquent que les sujets souffrant d'un désordre borderline et les sujets démontrant un trouble dépendant-passif ne se distinguent pas quant à leur moyenne sur aucune des dimensions de la GEEV. La tendance des sujets souffrant d'un désordre

borderline allant toutefois vers une moyenne plus élevée sur D1 ( $M = 3.5$ ) que celle de sujets souffrant d'un trouble dépendant-passif ( $M = 2.8$ ).

Tableau 8  
Distribution des sujets en  
fonction de leur diagnostic

	N
Normal	7
Trouble léger mixte	8
Schizoïde	0
Évitant	3
Dépendant-passif	10
Histrionique	2
Narcissique	0
Antisocial	1
Obsessif	0
Passif-agressif	5
Schizotypique	6
Borderline	19
Paranoïde	4
Trouble moyen mixte	3

Tableau 9  
Distribution des sujets sur D1G, D2G et D3G en %

Variable	Femmes		Total	
	0	1	0	1
D1G	41	59	40	60
D2G	50	50	62	38
D3G	31	69	32	68

Tableau 10  
Distribution des sujets sur  
D1 > D2, D2 > D1, D1 = D2 en %

Variable	Échantillon total	Femmes seulement
D1 > D2	49	45
D2 > D1	28	31
D1 = D2	31	24

Tableau 11  
Distribution des sujets en fonction  
de ACTIF en %

ACTIF	0	1
	48	52

Tableau 12  
Distribution des sujets sur  
DEGRE et DEGSYM en %

	0	1	2	3	4
DEGRE	10	15	32	21	22
DEGSYM	17	14	42	16	11

Tableau 13  
Distribution des sujets sur  
CLUSTER en %

CLUSTER	0	1	2	3
	12	18	39	31

Tableau 14  
Sujets dépassant la ligne de démarcation de 85 en %  
pour Millon (1983) et pour la présente étude

Échelle	Millon N = 43, 218 BR $\geq$ 85	Présente étude N = 68 BR $\geq$ 85
1	6	18
2	16	35
3	19	47
4	15	9
5	8	2
6	7	4
7	13	4
8	16	35
9	11	6
C	15	18
P	10	6

## DISCUSSION

## Discussion des Résultats Associés à la Question 1

Les résultats des analyses statistiques indiquent qu'on ne peut évaluer globalement le degré de sévérité des problèmes mentaux expérimentés par les sujets à partir de la GEEV. En effet, les sujets normaux n'obtiennent pas des moyennes significativement plus fortes sur les dimensions de la GEEV que les sujets souffrant de pathologies moyennes, ou sévères, en termes de niveau de détérioration de leur structure de personnalité, ou du degré de sévérité des symptômes cliniques dont ils souffrent.

Bien que les dimensions de la GEEV présentent des similitudes avec les déterminants d'une bonne santé mentale, les résultats obtenus en réponse à la question 3 indiquent que des cotes élevées sur D1 étaient communes à la fois aux sujets «normaux» (CLUS = 0) et aux sujets présentant des diagnostics associés à la catégorie des personnalités dramatiques et erratiques (CLUS = 2). L'incapacité de D1 à distinguer ces deux groupes indiquent que des scores élevés sur cette dimension ne peuvent être utilisés comme indicateurs de santé. Comme il sera discuté plus bas, il semble que D1 ne puisse distinguer l'expressivité spontanée (reliée à la santé) de l'expressivité théâtrale (reliée au contrôle) à partir du verbatim du souvenir ancien.

Des scores élevés sur D2 ne sont associés à aucune des variables reflétant des indices de santé mentale. En fait, l'examen de la distribution des scores pour les sujets des deux groupes les plus faibles sur DEGRE révèlent qu'une minorité des sujets constituant ces groupes obtiennent des cotes élevées sur D2. Les résultats élevés sur D2 reliés à l'échelle de dépendance passive (voir résultats question2) indiquent que les personnes dépendantes passives parlent d'autrui en termes d'émotions plus que ne le font les autres sujets. Comme il sera discuté plus loin, l'intérêt pour autrui, démontré par les sujets dépendants passifs, reflète possiblement l'intensité de leur besoin des autres plutôt qu'une ouverture réelle à l'entourage.

Comme pour D2, des cotes élevées sur D3 n'ont été associées à aucune variable reflétant des indices de santé mentale. Les résultats indiquent que les scores sont distribués uniformément sur D3 pour ces groupes.

### Discussion des Résultats Associés à la question 2

#### A. Les dimensions D1, D2 concordent-elles avec la polarité soi-autrui de Millon?

Comme il a été mentionné plus haut, il n'a pas été possible de vérifier si les dimensions D1, D2 concordent avec la polarité soi-autrui, puisque le nombre de sujets dépassant la ligne de démarcation de 85 sur les échelles 4, 5 et 6 n'est pas comparable à celui de l'échelle 3. Les analyses ont toutefois fait ressortir des résultats intéressants surtout en ce qui concerne le lien possible entre l'échelle de dépendance-passive et les dimensions D1 et D2. Les résultats seront discutés ici.



Les résultats indiquent que les sujets présentant des traits de dépendance passive se distinguent par des moyennes basses sur D1 et élevées sur D2. De plus, ils indiquent que les sujets obtenant des scores plus élevés sur D2 que sur D1 cotent plus fort sur l'échelle de dépendance passive. Ces résultats sont cohérents avec les éléments théoriques concernant cette échelle présentés au chapitre 1.

Delisle (1991) mentionne que la personne dépendante-passive est centrée davantage sur les autres que sur elle-même. Elle attend passivement que les autres combler ses besoins (Millon, 1983). Pour contrer l'anxiété, symptôme de son manque de confiance en elle, la personne dépendante-passive est à la recherche d'indices en provenance d'autrui, pouvant lui indiquer la meilleure façon d'être ou de faire, afin de conserver l'affection et la protection de son entourage. Les liens trouvés entre D2 et cette échelle reflètent possiblement le besoin vital de feed-back de ces sujets, les amenant à mettre en évidence des informations concernant autrui dans le souvenir ancien et à négliger des informations les concernant.

Lichtenberg (1990) note que l'ouverture à l'autre, nécessaire à l'entretien de relations intimes, est une ouverture autonome. Il réfère donc à un intérêt pour l'autre, détaché de soi. Il semble que la façon dont l'ouverture à l'autre est opérationnalisée par D2 ne permette pas de départager un intérêt pour autrui, détaché de soi, d'une pseudo-ouverture ou encore d'une perception d'autrui en tant qu'identification projective.

Les liens trouvés entre l'échelle antisociale et des cotes élevées sur D1 sont eux aussi cohérents avec la théorie associée à cette échelle. Delisle (1991) note que l'antisocial n'est préoccupé que par lui-même et qu'il méprise les autres. Les cotes élevées sur D1 reflètent possiblement l'intérêt de l'antisocial pour ses propres besoins.

Les résultats des analyses statistiques aux questions 2 et 3 nous amènent à reconsidérer l'hypothèse de concordance entre les échelles D1, D2 de la GEEV et la polarité soi-autrui de Millon. D'une part, les liens trouvés entre D1, D2 et les résultats sur les échelles de dépendance passive et antisociale sont cohérents avec la théorie de Millon concernant la polarité soi-autrui. D'autre part, les résultats obtenus en réponse à la question 3 mettent en doute l'hypothèse de concordance entre ces dimensions et la polarité soi-autrui. En effet, les résultats reliés à la question 3 indiquent que les sujets de la catégorie dramatique et erratique obtiennent des scores élevés sur D1. Les personnalités histrionique et narcissique appartiennent à cette catégorie. Ces résultats sèment un doute sérieux relativement à la possibilité d'une concordance entre D1, D2 et la polarité soi-autrui de Millon, la personnalité histrionique appartenant à la polarité autrui et la personnalité narcissique appartenant à la polarité soi.

B. La dimension D3 concorde-t-elle avec la polarité activité-passivité de Millon?

La corrélation entre l'échelle d'histrionie et la dimension agir pour les hommes ne permet pas de conclure à une concordance entre cette dimension et la polarité activité-passivité, puisque D3 n'est pas relié aux autres échelles de personnalité associées au pôle

actif. Cependant, les résultats indiquent que plus les hommes obtiennent des scores forts sur D3, plus ils obtiennent des résultats élevés sur l'échelle d'histrionie. Delisle (1991) note que l'histrionie pour les femmes est considérée par plusieurs comme une sorte «d'exacerbation de traits féminins culturellement définis» (p. 160). Frances (1986, cité dans Delisle 1991) note «qu'il n'est pas impossible qu'il existe des hommes histrioniques dont le comportement manifeste serait lui une exagération des traits masculins» (p. 160). Les recherches en psychologie sociale démontrent combien les attentes sociales envers les hommes et les femmes diffèrent encore (voir Cloutier, 1985). Alors que l'acceptation sociale, c'est-à-dire la valorisation de la gentillesse et de la sociabilité et de l'altruisme est valorisée surtout pour les femmes, la réussite sociale, c'est-à-dire la productivité et l'action, est encore fortement valorisée pour les hommes. Il n'est pas impossible que la corrélation entre D3 et l'histrionie pour les hommes reflète la dépendance des hommes histrioniques envers des attentes sociales de productivité les amenant à mettre en évidence l'importance de l'agir dans leur souvenir ancien.

### Discussion des résultats associés à la question 3

Les résultats indiquent que certaines catégories diagnostiques par la variable CLUSTER se distinguent sur la dimension présence à soi (D1) de la GEEV. Les sujets appartenant aux groupes «normal» et celui des personnalités dramatiques et excentriques se distinguent par des moyennes plus élevées sur D1 que celles obtenues par les sujets appartenant aux groupes des personnalités craintives et anxieuses ainsi que bizarres et excentriques.

Les sujets «normaux» obtiennent des scores plus élevés sur D1 que les sujets dont le diagnostic appartient aux catégories des personnalités craintives et anxieuses ainsi que bizarres et excentriques. Les résultats élevés du groupe «normal» sont en accord avec la théorie associée à l'aspect santé de la conscience et de l'expressivité émotionnelle.

Delisle décrit les sujets appartenant à la catégorie des personnalités bizarres et excentriques, comme des personnes : démontrant peu d'intérêt pour elles-mêmes et pour autrui; ayant perdu une bonne partie de leur capacité à ressentir; et démontrant une grande difficulté à repérer leurs sensations. Les sujets appartenant à cette catégorie ont de la difficulté à parler d'eux-mêmes, soit par manque d'intérêt, soit par incapacité. Ces éléments semblent se refléter sur la basse moyenne obtenue sur D1 par les sujets appartenant à cette catégorie.

Les sujets appartenant à la catégorie des personnalités craintives et anxieuses sont décrits par Delisle (1991) : comme des personnes gardant leurs émotions emprisonnées à l'intérieur d'elles-mêmes; se plaignant des autres plus qu'ils ne parlent d'elles-mêmes; peu intéressés à elles-mêmes et aux autres; ou centrées sur les autres plus que sur soi. Le point commun étant une faible expressivité émotionnelle. L'obtention de cotes basses sur D1 pour les sujets appartenant à cette catégorie concorde avec ces éléments théoriques.

Les résultats indiquent que les sujets appartenant à la catégorie des personnalités émotionnelles et dramatiques obtiennent aussi des scores plus élevés sur D1 que les sujets des catégories craintive et anxieuse ainsi que bizarre et excentrique. Les sujets

appartenant la catégorie des personnalités dramatiques et erratiques expriment ouvertement et souvent de façon erronée, leurs besoins, émotions et désirs, d'où le choix même du nom donné à cette catégorie. Les résultats élevés sur D1 relatifs à cette catégorie reflètent possiblement l'aspect théâtral de l'expressivité émotive des sujets constituant ce regroupement diagnostique.

Les sujets «normaux» ne se distinguent pas sur D1 des sujets appartenant à la catégorie des personnalités dramatiques et erratiques. Comme il a été mentionné au chapitre 1, Sabatelli et Rubin (1986) insistent sur l'importance de distinguer l'expressivité spontanée de l'expressivité intentionnelle lorsque l'on discute de santé mentale. Si D1 ne réussit pas à distinguer l'expressivité spontanée de l'expressivité actée, cette dimension ne peut distinguer les sujets en bonne santé mentale, des sujets souffrant d'un trouble ou d'un désordre caractérisé par une expressivité émotive artificielle.

Il faut cependant être prudent concernant les résultats qui précèdent. La variable CLUSTER a été utilisée afin de regrouper le plus grand nombre de sujets possibles à l'intérieur de catégories diagnostiques distinctes. Comme il a été mentionné plus haut, les sujets ne sont pas répartis uniformément à l'intérieur des sous-groupes constituant chacune des catégories de CLUSTER. Ainsi, bien que les résultats sur D1 concordent avec les éléments théoriques associés à chaque catégorie, il n'est pas impossible qu'ils ne soient en fait, que le reflet du poids de quelques sous-groupes appartenant à ces catégories. L'utilisation d'un échantillon plus imposant aurait pu fournir des informations mieux différenciées concernant chaque sous-groupe diagnostique.

## Résumé et Recommandations

### Résumé

#### Indices diagnostiques

L'échelle de proximité à soi (D1) est la dimension qui fournit le plus d'indices du type de difficultés psychologiques expérimentées par les clients en thérapie. C'est la dimension qui distingue le mieux les catégories diagnostiques. De plus, les liens entre l'échelle de dépendance-passive et l'échelle antisociale sont cohérents avec les éléments théoriques discutés au chapitre 1. Bien que D1 semble refléter l'intérêt que l'individu porte vers soi, elle ne distingue pas les sujets «émotionnels et dramatiques», des sujets ne démontrant pas l'éminence d'un trouble de la personnalité. Ces résultats reflètent possiblement la difficulté de D1 à distinguer l'expressivité spontanée de l'expressivité intentionnelle. L'ensemble des résultats significatifs reliés à D1 porte à croire que cette dimension mesure possiblement des caractéristiques associées à l'extroversion plutôt qu'à la compétence émotive proprement dite.

À elle seule, D2 offre peu d'indices diagnostiques. Cependant, les liens entre l'échelle de dépendance-passive et D2 sont cohérents avec les éléments théoriques concernant la place occupée par autrui chez les personnes dépendantes-passives. D2 ne réussit possiblement pas à distinguer une perception juste d'autrui d'une vision projective. Il n'est pas impossible que D2 offre des indices sur le degré de sensibilité interpersonnelle des sujets plutôt que sur leur ouverture réelle à l'entourage.

Les résultats indiquent que D3 n'est pas reliée à la polarité activité-passivité de Millon. En effet, bien que D3 fournisse des indices sur l'échelle d'histrionie pour les hommes, elle ne distingue pas les personnalités actives des personnalités passives, selon Millon. La façon dont s'agencent les résultats met en perspective l'importance de la variable sexe, particulièrement sur D3. Il est possible que les attentes sociales différentes en ce qui concerne la productivité pour les hommes et pour les femmes se reflètent sur le processus reliant l'activité à la pathologie.

### Recommandations

Le nombre de sujets était limité dans la présente recherche. Les recherches à venir tireraient avantage à utiliser un plus grand échantillon, utilisant des groupes distincts, avec un meilleur contrôle de la variable sexe. Le manque de sujets représentant les échelles narcissique et antisociale a nui à l'investigation. Les personnes souffrant de ces troubles (particulièrement du trouble antisocial) consultent rarement en clinique privée. Il serait avantageux, par exemple, de recruter les sujets souffrant du trouble antisocial à l'intérieur d'institutions spécialisées pour ce type de clientèle. Le nombre de sujets souffrant d'un trouble dépendant-passif, dans la présente étude, indique que les cliniques privées représentent des milieux privilégiés pour recruter ce type de clientèle.

Des modifications pourraient être considérées concernant la consigne du souvenir ancien. La consigne utilisée ici était conforme à celle proposée par Adler. Adler tenait à investiguer le type d'émotions associées au souvenir ancien afin de les interpréter à l'intérieur d'un contexte analytique. La conceptualisation de la GEEV repose sur l'étude

des éléments sous-jacents au processus relationnel. En fait, elle désire savoir si le sujet démontre un intérêt à parler de ses émotions et de celles des autres dans son souvenir. La consigne en elle-même sollicite l'expression d'émotions (p. 54) et pourrait, par le fait même, biaiser l'investigation de la capacité d'expressivité spontanée chez certains sujets. Il serait intéressant de vérifier si l'ablation d'une partie de la consigne pourrait augmenter l'efficacité de la mesure. La consigne proposée pourrait ressembler à : *« Racontez-moi votre plus vieux souvenir, un souvenir qui date de préférence avant l'âge de dix ans. Racontez-le moi tel que vous l'avez vécu et que vous pouvez le voir dans votre tête. »*

L'expérimentation utilisait le verbatim du souvenir ancien comme matériel projectif. Le souvenir était raconté à l'intérieur du contexte thérapeutique. La théorie développementale interactionniste de l'émotion de Buck explique l'effet interactif du feedback verbal ou non verbal d'autrui sur la compétence émotionnelle du sujet et vice-versa. Chaque intervenant possède des caractéristiques de compétence émotionnelle et d'aptitudes sociales en propre. Il n'est donc pas impossible que le degré d'ouverture à autrui du thérapeute ait un effet sur l'expressivité émotionnelle du client, dépendamment de sa personnalité. Par exemple, une attitude distante de la part du thérapeute pourrait solliciter une ouverture émotionnelle différente chez certains clients d'une attitude accueillante de la part du thérapeute et vice-versa. Il serait, par conséquent, intéressant de comparer les effets de l'utilisation du souvenir ancien à partir de matériel écrit plutôt que verbal afin d'éliminer l'effet thérapeute.



Nous ne savons pas encore ce que mesurent les dimensions de la GEEV. Les résultats reliant les dimensions D1 et D2 à certains indices diagnostiques laissent supposer qu'il n'est pas impossible que D1 mesure des indices d'extroversion et que D2 mesure des indices de sensibilité interpersonnelle. Des recherches comparant les dimensions D1 et D2 de la GEEV à des échelles mesurant l'extroversion et la sensibilité interpersonnelle pourraient fournir des informations qui aideraient à préciser les présents résultats.

## CONCLUSION

Adler stipulait que les anciens souvenir étaient révélateurs du style de vie individuel, qu'ils soient véridiques ou purement imaginaires. Certains auteurs ont noté le manque de recherches en ce qui concerne le lien entre la compétence émotionnelle et la psychopathologie, bien que des stratégies thérapeutiques soient grandement dirigées vers l'augmentation de la compétence émotionnelle. La présente étude amène un questionnaire concernant le lien possible entre la façon dont le sujet parle de lui-même, des autres et de son action, dans le souvenir et certains indices diagnostiques.

En effet, les liens trouvés entre les dimensions de la GEEV et certains indices diagnostiques nous ont amené à nous questionner sur ce que mesurent ces dimensions. Les résultats obtenus relativement à la dimension présence à soi (D1) laissent croire qu'il n'est pas impossible que cette dimension reflète le degré d'extraversion des sujets, plutôt que leur compétence émotionnelle. De même, les résultats associés à la D2 laissent croire que cette dimension reflète possiblement le degré de sensibilité interpersonnelle des sujets, plutôt que leur ouverture réelle à l'entourage.

De façon générale, les liens trouvés entre la GEEV et des indices psychodiagnostiques sont relativement peu nombreux et mal définis. De plus, ils indiquent que les dimensions de la GEEV ne correspondent probablement pas à des déterminants-santé. À ce point, la GEEV ne peut donc pas être utilisée comme mesure diagnostique.

L'augmentation de l'échantillon, un meilleur contrôle de la variable sexe et l'utilisation de groupes diagnostiques mieux définis seraient nécessaires afin de préciser la signification des présents résultats.

## RÉFÉRENCES

- Acklin, M.-W., Bibb, J.-L., Boyer, P., & Jain V. (1991). Early memories as expressions of relationship paradigms : a preliminary investigation. Journal of personality assessment, 57 (1), 177-192.
- Adler, A. (1937). Significance of early recollections. International Journal of Individual psychology, 3 (1), 2-6.
- Alexander, I. E. (1990). Personology : Method and content in personality assessment and psychobiography. Durham : Duke University Press.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 rd.). Washington, D. C. : Author.
- Ansbacher, H. L., Ansbacher, R. R. (1956). The individual psychology of Alfred Adler. New York : Harper and Row.
- Argyle, M. Ed. (1981). Social skills and health. New York : Methuen.
- Argyle, M. (1988). Bodily communication (2nd ed.). New York : Methuen.
- Argyle, M., Henderson, M., & Furnam, A. (1985). The rules of social relationships. British journal of social psychology, 24, 125-139.
- Arnold, D., & Harrison, R. H. (1991). Affect in early memories of borderline patients. Journal of personality assessment, 56 (1), 75-83.
- Bandura, A. (1978). The self system in receptoral determinism. American psychology, 33, 344-358.
- Baruth, L., Eckstein, D. (1978). Life style : theory, practice and research. Dubuque : Kendall, Hunt.
- Beier, E. G., & Valens, E. G. (1975). People reading, New York : Warner.
- Belisle, J. (1991). Les narrations sur le vécu parental et les souvenirs d'enfance : effet du thème sur le niveau d'expérimentation chez les personnes âgées. Mémoire de maîtrise. UQTR.

- Bellack, A. S. (1988). Behavioral assessment : A practical handbook. Bellack and M. Hersen ed. Toronto : Persamon Press.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1977). Behavior modification : an introductory textbook. Baltimore : Williams and Wilbins.
- Bellack, A. S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. Behavior research and therapy, 21, 29-41.
- Benjamin, L. S. (1984). Principles of prediction using structural analysis of social behavior. In R. A. Zunker, J. Aronoff, & A. J. Rabbin (eds). Personality and the prediction of behavior, p. 121-174. New York : Academic Press.
- Benjaminsen, S., Jorgensen, J., Hansen, L., & Pedersen, L. L. (1984). Memories of parental rearing practices and personality features. Acta psychiatrica scandinavica, 69 (5), 426-434.
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory : a review. Psychological Bulletin, 99, 229-246.
- Boorse, C. (1976). What a theory of mental health should be. Journal for the theory of social behavior, 6, 61-84.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. Behavioral Research Therapy, 25, 443-455.
- Briggs, S. R., Cheek, J. M., & Buss, A. H. (1980). An analysis of the Self-Monitoring Scale. Journal of personality and social psychology, 38, 679-686.
- Bruhn, A. R., & Davidson, S. (1983). Earliest memories and the dynamics of delinquency. Journal of personality assessment, 47, 476-482.
- Bruhn, A. R. (1984). Use of the early memories as a projective technique. In P. Reynolds and C. Chelume (eds). Advances in psychological assessment, vol. 6, New York : Jossey Bass.
- Bruhn, A. R. (1992a). The early memories procedure : A projective test of autobiographical memory, Part I. Journal of personality assessment, 58 (1), 1-15.
- Bruhn, A. R. (1992b). The early memories procedure : A projective test of autobiographical memory, Part II. Journal of personality assessment, 58 (2), 326-346.
- Buck, R. (1988). Human motivation and emotion, (2nd ed). New York : Wiley.

- Buck, R. (1991). Temperament, social, skills and the communication of emotion : a developmental - interactionist view. In D. G. Gilbert, & J. J. Connolly (eds). Personality, social skills and psychopathology : and individual differences approach, p. 85-105. New York : Prentice Hall.
- Carson, R. C. (1969). Interaction concept of personality. Chicago : Aldine.
- Carson, R. C. (1989). Personality. Annual review of psychology, 40, 227-248.
- Cairns, R. B., & Green, J. A. (1979). How to assess personality and social patterns : observations or rating? In The analysis of social interactions : Methods, issues and illustrations, p. 209-226. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cloninger, C. (1989). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness : Robins and Guze's method revisited. In L. Robins, et J. Barrett, (eds) 1989, The validity of psychiatric diagnosis, p. 9-16. New York : Raven press.
- Cloutier, R. (1982). Psychologie de l'adolescence. Chicoutimi : Gaëtan Morin, éditeur.
- Conway, M. A. (1990). Conceptual representation of emotions : the role of autobiographical memories. In K. J. Gilhooly, M. T. G., Keene, R. H., Logie, & G. Erdos, Lines of thinking : reflexions on the psychology of thought, vol. 2., p. 133-143.
- Davis, P. J., & Schwartz, G. E. (1987). Repression and the accessibility of affective memories. Journal of personality and social psychology, 52 (1), 155-162.
- Delisle, G. (1991). Les troubles de la personnalité perspective gestaltiste. Ottawa : EDR.
- Denis, M. C. (1992). Vers une évaluation de la santé selon l'optique gestaltiste : proposition d'une grille d'évaluation du contact vital, Revue Québécoise de Gestalt, 1 (1), 39-52.
- Eysenck, M. W. (1982). Attention and arousal : cognition and performance. New York : Springer.
- Friedman and Schiffman (1962). Early recollections of schizophrenics and depressed patients. Journal of individual psychology, 18, 57-61.
- Frijda, N. H. (1986). The emotions. Cambridge : Cambridge University Press.
- Frijda, N. H., & Kuipers, P. (1989). Relations among emotions, appraisal, an emotional action readiness. Journal of personal and social psychology, 57, 212-228.



- Gendlin, E. J. & Tombinson, T. M. (1967). The process conception and its measurement. In C. Rogers (ed). The therapeutic relationship and its impact. Madeson : University of Wisconsin Press.
- Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family, 1989. The challenge of relational diagnoses : applying the biopsychosocial model in DSM-IV. American journal of psychiatry, 146, 1492-1494.
- Gilbert, B. O., & Gilbert, D. G. (1991). Personality, social skills and disturbed behavior patterns. An introduction of the issues, p. 1-15. In D.G. Gilbert, & J.J. Connolly (eds) 1991, Personality, social, skills and psychopathology : An individual differences approach. Plenum Press, New York.
- Gilbert, D. G. (1991). A personality and personality and setting biosocial model of interpersonal affect and communication. In D. G. Gilbert, J. J. Connolly (eds). Personality, social skills, and psychopathology : and individual differences approach, p. 107-135. Plenum Press, New York.
- Gilbert, D. G., & Connolly, J. J. (1991). Personality, social skills and psychopathology : An individual differences approach. Plenum Press, New York.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards psychobiological model of cancer : Psychological considerations. Social Science Medecine, 20, 773-777.
- Grunnberg, J. (1989). Early recollections and criminal behavior in mentally-ill homeless man. Individual psychology : Journal of Adlerian theory, research and practice, 45 (3), 289-299.
- Gruunberg, L. S., & Saffran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. American psychologist, 44, 19-29.
- Horney, K. (1945). Our inner conflicts. New York : Norton.
- Horowitz, L. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 47, 5-15.
- Jackson, L (1990). La narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé : une étude comparative de proximité à soi auprès des personnes âgées. Mémoire de maîtrise, UQTR.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. New York : Basic Books.

- Jampala, V. C., Sierles, F., & Taylor, M. (1988). The use of DSM-III in the United States : a case of not going by the book. Comprehensive psychiatry, 29, 39-47.
- John, O. P., & Robins, R. W. (1992). Gordon Allport : father and critic of the five factor. In K. H. Crack, R. J. Hogan, & R. N. Wolfe (eds). Fifty years of personality psychology, New York : Plenum.
- Kiesler, D. J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J. C. Anchin, & D. J. Kiesler (eds). Handbook of interpersonal psychotherapy, p. 3-24. New York : Pergamon.
- Klerman, G. (1983). The significance of DSM-III in American psychiatry. In International perspective on DSM-III, ed. R. Spitzer, J. Williams, A. Skodol, p. 3-25, Washinton, DC : American psychiatric Press.
- Kvale, S. (1977). Dialectics and research on remembering. In N. Datan, & H. Reese (eds). Life-span developmental psychology : Dialectical perspectives on experimental research. New York : Academic Press.
- Last, J. M., & Bruhn, A. R. (1985). Distinguishing child diagnostic types with early memories. Journal of personality assessment, 49 (2), 187-193.
- Leaf, R., Arlington, D. E., Ellis, A., Diguseppe, R., et al. (1992). Personality disorders, underlying traits, social problems, and clinical syndromes. Journal of personality disorders, 16 (2), 134-162.
- Leary, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. New York : Ronald Press.
- Leblanc, S., & Denis, M. C. (1993). Grille d'évaluation de l'engagement vital : Manuel de cotation. Département de psychologie, UQTR.
- Lewis, C. N. (1973). The adaptative valve of reminiscence in old age. Journal of geriatric psychiatry, 6, 117-121.
- Lichtenberg, P. (1990). Intimacy as a function of autonomy and merging. Gestalt Journal, 14, 1, p. 27-43.
- Lorr, M., Bishop, P. F., & McNair, D. M. (1965). Interpersonal types among psychiatric patients. Journal of abnormal psychology, 70, 468-472.
- Lutz, C. (1987). Goals, events and understanding in Ifaluk emotion theory. In D. Holland, & N. Quinn (eds). Cultural models, in language and thought, p. 290-312. Cambridge : Cambridge University Press.

- Magnusson, D., & Torestad, B. (1993). A holistic view of personality : a model revisited. Annual review of psychology, 44, 427-452.
- McAdams, D. P. (1990). The person : An introduction to personality psychology. San Diego, CA : Harcourt Brace Jovanovich.
- McReynolds, P. (1989). Diagnosis and clinical assessment : Current status and majors issues. Annual review of psychology, 40, 83-108.
- Mayman, M., & Faris, M. (1960). Early memories as expressions of relationship paradigms. American Journal of orthopsychiatry, 30, 507-520.
- Meehl, P. (1986). Diagnostic taxa as openconcepts : metatheoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. In T. A. Widiger, & T. J. Trull (1991). Diagnosis and clinical assessment. American Review of psychology, 42, 109-133.
- Millon, T. (1969). Modern psychopathology. Philadelphia : Saunders.
- Millon, T. (1981). Disorders of personality : DSM III : axis II. New York : Weley.
- Millon, T. (1983). Millon Clinical Multiaxial Inventory manuel, third ed. Interpretative scoring systems publishers. Minneapolis : National computers Systems Inc.
- Millon, T. (1984). Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory. In P. McReynolds, & G. J. Chelume (eds). Advances in psychological assessment, vol. 6. San Francisco : Jossy-Boss Publishers.
- Millon, T., & Klerman, G. L. (1986). Contemporary directions in psychopathology : toward the DSM-IV. New York : Guilford.
- Mischel, W. (1986). Introduction to personality. 4 ed., New York : Holt, Rinehard and Winston.
- Newman, B. (1976). The development of social interaction from infancy through adolescence. Small group behavior, (1).
- Oatley, K. (1992). Human emotions : function and disfunction. Annual review of psychology, 43, 55-85.
- Offer, D., & Sabshin, M. (1979). Toward and integrative approach to normality and the life cycle. New York : Basic Books.

- Offer, D., & Sabshin, M. (1984). Normality and the life cycle : A critical integration. New York : Basic Books.
- Olson, H. A. (1979). Early recollections, their use in diagnosis and psychotherapy. Springfield : C. C. Thomas Publisher.
- Pincus, A. L., & Wiggins, J. S. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. Journal of personality disorders, 4, 342-352.
- Radekopp, D. (1988). An investigation of the concept of psychological health. Ottawa.
- Reardon, K. R., & Buck, R. (1989). Emotion, reason, and communication in coping with cancer. Health Communication, 1, 41-54.
- Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1986). Diagnosis and clinical assessment : the current state of psychiatric diagnosis. Annual review of psychology, 37, 409-432.
- Sabatelli, R., & Rubin, M. (1986). Nonvariable expressionness and physical attractiveness as mediators of interpersonal perceptions. Journal of non-verbal behavior, 10, 120-133.
- Sarano, J. (1966). L'équilibre humain : risques de déséquilibre, chances d'épanouissement. Paris, ed. du Centurion.
- Sarason, B., Sarason, I. G., Hacker, C., & Besham, R. B. (1985). Concomitances of social support : social skills, physical attractiveness and gender. Journal of personality and social psychology, 49, 469-480.
- Saunders, L. M., & Norcross, J. C. (1988). Earliest childhood memories : relationship to ordinal position, family functioning, and psychiatric symptomatology. Journal of Adlerian theory, research and practice, 44 (1), 95-105.
- Scheff, T. (1987). Creativity and repetition : A theory of the coarse emotions. In J. Rabow, G. Platt, M. Goldman. Advances in psychoanalytic sociology. Malibou, F. L. : Kreiger, p. 70-100.
- Schlundt, D. G., & McFall, R. M. (1985). New directions in assessment of social competence and social skills. In L. L'Abate, & M. A. Milan (eds). Handbook of social skills training and research, p. 22-49. New York : Wiley.
- Schwartz, M., & Wiggins, O. (1986). Logical empiricism and psychiatric classification. Comparative psychiatry, 27, 104-114.

- Seidnitz, L., & Diener, E. (1993). Memory for positive versus negative life events : Theories for the differences between happy and unhappy persons. Journal of personality and social psychology, 654-663.
- Skodol, A., & Spitzer, R., eds (1987). An annotated bibliography of DSM-III. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A., & Merry, J. (1993). Diagnostic agreement between the personality disorder examination and the MCMI-II. Journal of personality assessment, 60 (3), 486-499.
- St-Onge, M. C. (1989). Le souvenir selon Adler : Étude du concept de la constance. Mémoire de maîtrise, UQTR.
- Stack, S., Lorr, M., & Campbell, L. (1990). An evaluation of Millon's circular model of personality disorders. Journal of personality and disorder, 4, 351-361.
- Sullivan, H. S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. New York : Norton.
- Thoits, P. (1989). The sociology of emotions. Annual review of sociology, 15, 317-342.
- Watkins, C. E. (1992a). Adlerian-oriented early memory research : what does it tell us? Journal of personality assessment, 59 (2), 248-263.
- Watkins, C. E. (1992b). Research activity with Adler's theory. Individual psychology, 48 (1).
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. Annual review of psychology, 42, 109-133.
- Wiggins, J. S. (1979). Psychological taxonomy of trait - descriptive terms : the interpersonal domain. Journal of personality and social psychology, 37, 395-412.
- Wiggins, J. S., Aaron, & Pincus, L. (1992). Personality : Structure and assessment. Annual review of psychology, 43, 473-504.
- Wiggins, J. S., & Trapnell, P. D. (1992). Personality structure : The return of the Big Fives In S. R. Briggs, R. Hogan, & W. H. Jones, (eds).
- Wills, T. A. (1984). Supportive finitions of interpersonal relationships. In S. Cohen, & L. Symen. Social support and health, p. 61-82. New York : Academic.

- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum, J. E. Singers (eds). Handbook of psychology and health, 5, 33-67. Hillsdale, M. J. : Erlbaum.
- Zeitlin, H. (1989). Current interests in child-adult psychopathological continuities. Journal of child psychology and psychiatry, 31, 671-679.
- Zillmann, D. (1979). Hostility and aggression. Hillsdale : N. J. Erlbaum.

## ANNEXE I

### INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DU MCMI

Chaque sujet obtient une cote de 0 à 115 sur chacune des vingt échelles du MCMI.

Les résultats sont interprétés de la façon suivante :

Pour les huit premières échelles :

- Cote inférieure à 60 : zone non problématique pour le sujet.
- Cote entre 60 et 74 : le sujet démontre une tendance vers cette structure de personnalité.
- Cote entre 75 et 85 : le sujet démontre la présence de cette structure de personnalité à un niveau modéré.
- Cote supérieure à 85 : le trouble de personnalité est éminent.

Pour les échelles, S, C et P :

- Cote inférieure à 60 : zone non problématique.
- Cote entre 60 et 75 : le sujet démontre une tendance vers ce désordre de personnalité.
- Cote entre 75 et 85 : le sujet démontre la présence de ce désordre à un niveau modérément sévère.
- Cote supérieure à 85 : le sujet démontre l'éminence d'un désordre sévère de la personnalité.

Pour les échelles 12 à 17 : symptômes névrotiques :

- Cote inférieure à 60 : zone non problématique.
- Cote entre 60 et 74 : le sujet démontre une tendance à souffrir de ce symptôme clinique.
- Cote entre 75 et 84 : le sujet démontre la présence de ce symptôme clinique.
- Cote supérieure à 85 : le sujet souffre de façon éminente de ce symptôme.

Pour les échelles SS, CC et PP :

- Cote inférieure à 60 : zone non problématique.
- Cote entre 60 et 74 : zone non problématique.
- Cote entre 75 et 84 : le sujet démontre la présence de ce symptôme psychotique.
- Cote supérieure à 85 : le sujet démontre l'éminence de ce symptôme psychotique.

Ainsi, le degré de sévérité du trouble de la personnalité (axe II) peut être représenté par une cote élevée sur les huit première échelles ou par des cotes supérieures à 75 sur les échelles, S, C ou P, celles-ci étant représentatives de désordres sévères de la personnalité. De même, le degré de sévérité des symptômes cliniques (axe I) peut être indiqué soit par la présence d'une cote élevée sur les échelles 12 à 17 ou par la présence d'une cote supérieure à 75 sur les échelles SS, CC et PP représentatives de symptômes psychotiques.